

婦人科がんの治療の進歩

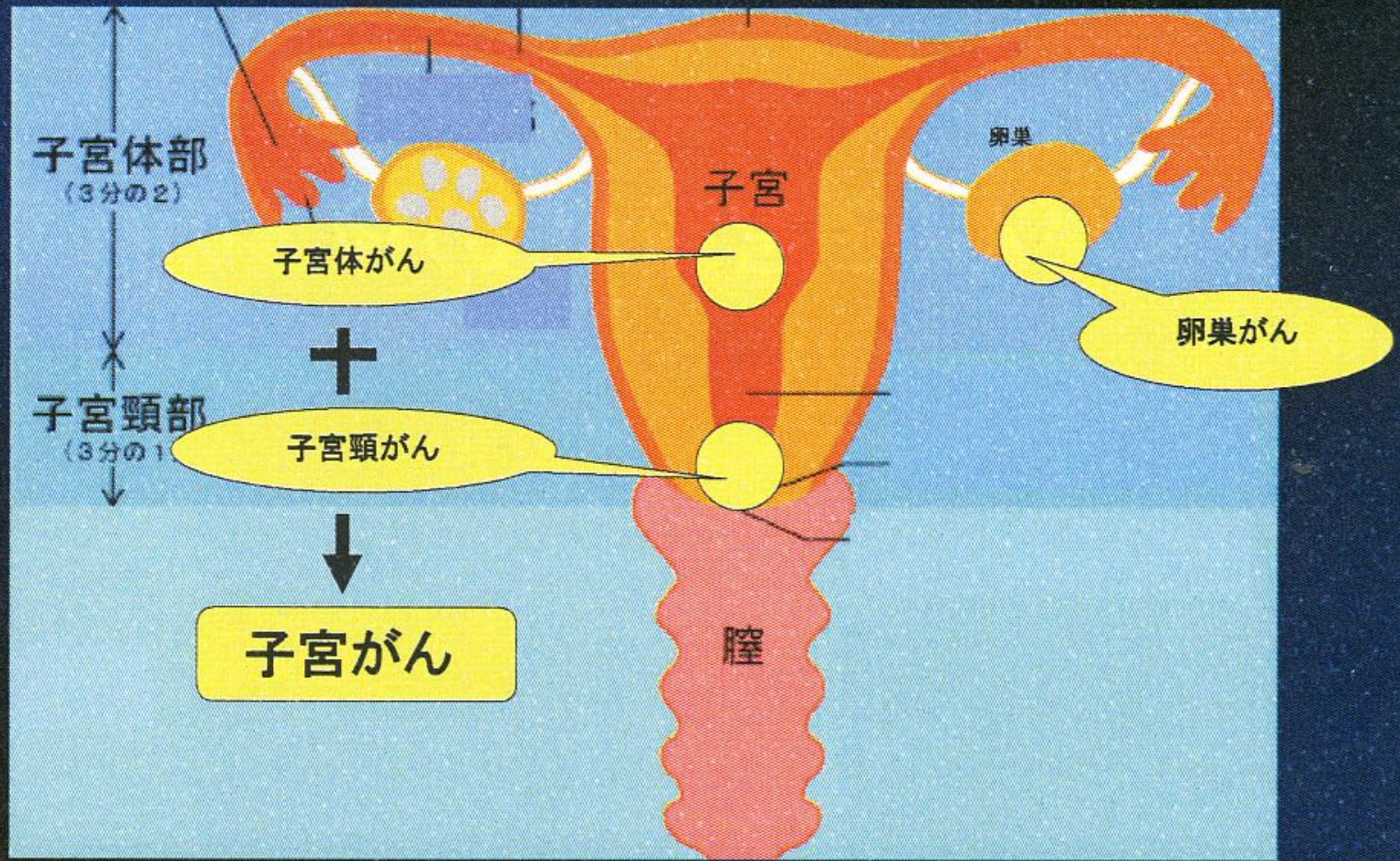
- 婦人科がんで死なないために -



癌研有明病院 副院長・婦人科部長
瀧澤 憲



婦人科で取り扱う主ながん



②

女性の癌の部位別死亡数/率(人口10万人対)

厚生労働省「平成17年人口動態統計概数」より

順位	臓器	死亡数	死亡率(10万人対)
	全体	129,308	200.2
1	大腸	18,679	28.9
2	胃	17,669	27.4
3	肺	16,871	26.1
4	肝	11,064	17.1
5	乳房	10,720	16.6
6	膵	10,639	16.5
7	その他	9,946	15.4
8	胆	8,737	13.5
9	子宮	5,377	8.3
10	卵巣	4,467	6.9

③

女性の癌の部位別死亡数/率(人口10万人対)

厚生労働省「平成17年人口動態統計概数」より

性成熟期(30-49歳)				
順位	臓器	死亡数	死亡率(10万人対)	
		30-49歳	30-34歳	45-49歳
1	乳房	1,607	2.6	19.6
2	胃	761	1.8	8.5
3	子宮	677	1.6	6.8
4	大腸	594	1.2	7.4
5	卵巣	478	1	6.1
引退期(65-84歳)				
		65-84歳	65-69歳	80-84歳
1	大腸	9,681	44.5	141.6
2	肺	9,621	38.5	141.6
3	胃	8,909	37.3	133.8
4	肝	7,856	31.1	93.1
5	膵	6,342	28.8	85

④

女性の癌の新規発生数/1年間

A.厚生労働省「平成17年人口動態統計概数」の部位別死亡数より推計

乳がん ; $10,720 \times 10/3 = 35,733$ 人

子宮がん; $5,377 \times 10/3 = 17,923$ 人

但し、0期を含めると、2倍の35,846人

卵巣がん; $4,467 \times 10/4 = 11,675$ 人

B.全国11カ所モデル地域の実観測値より推計(平成11年)

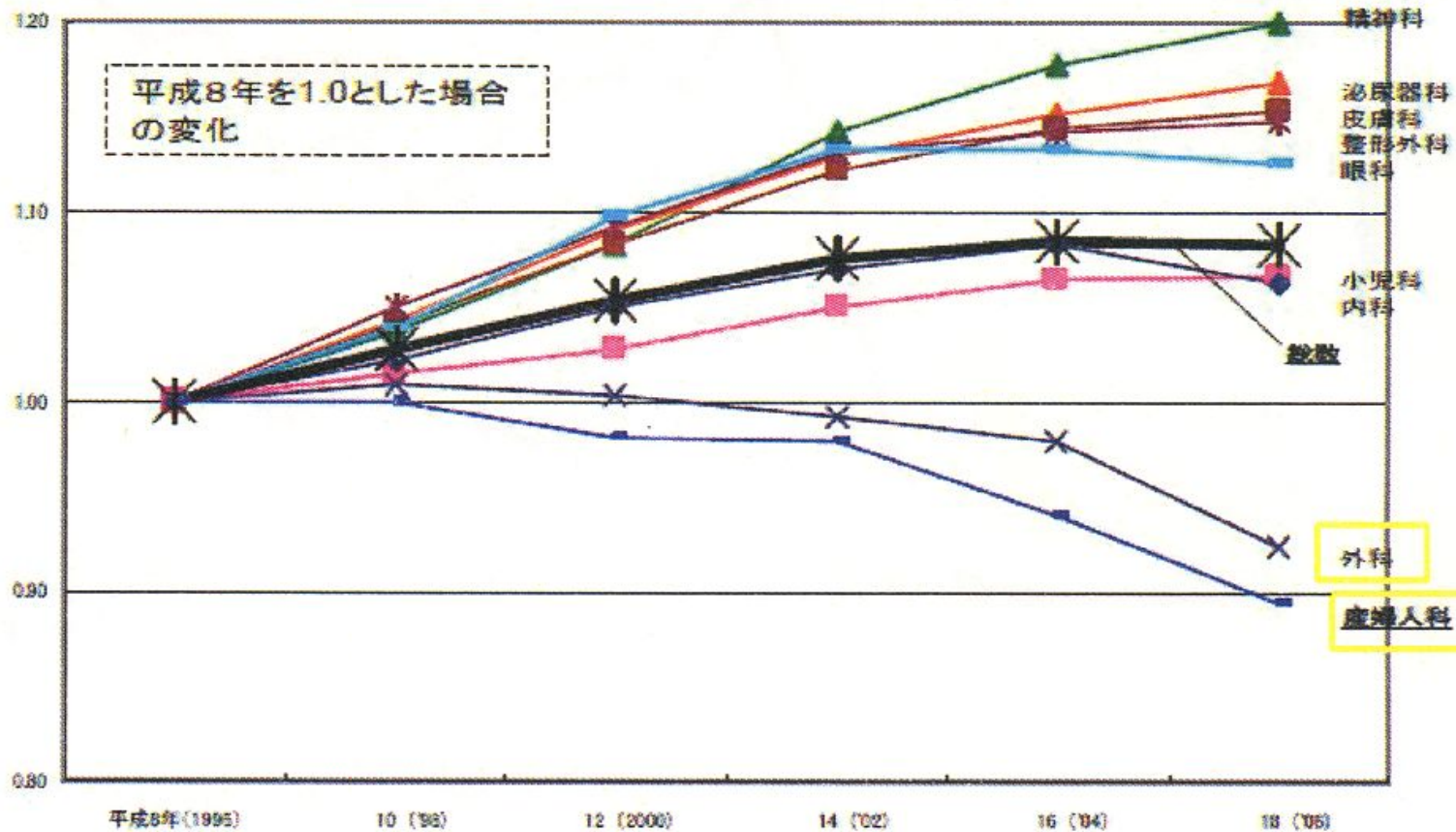
乳がん ; 36,139人

子宮がん; 18,364人

卵巣がん; 7,314人

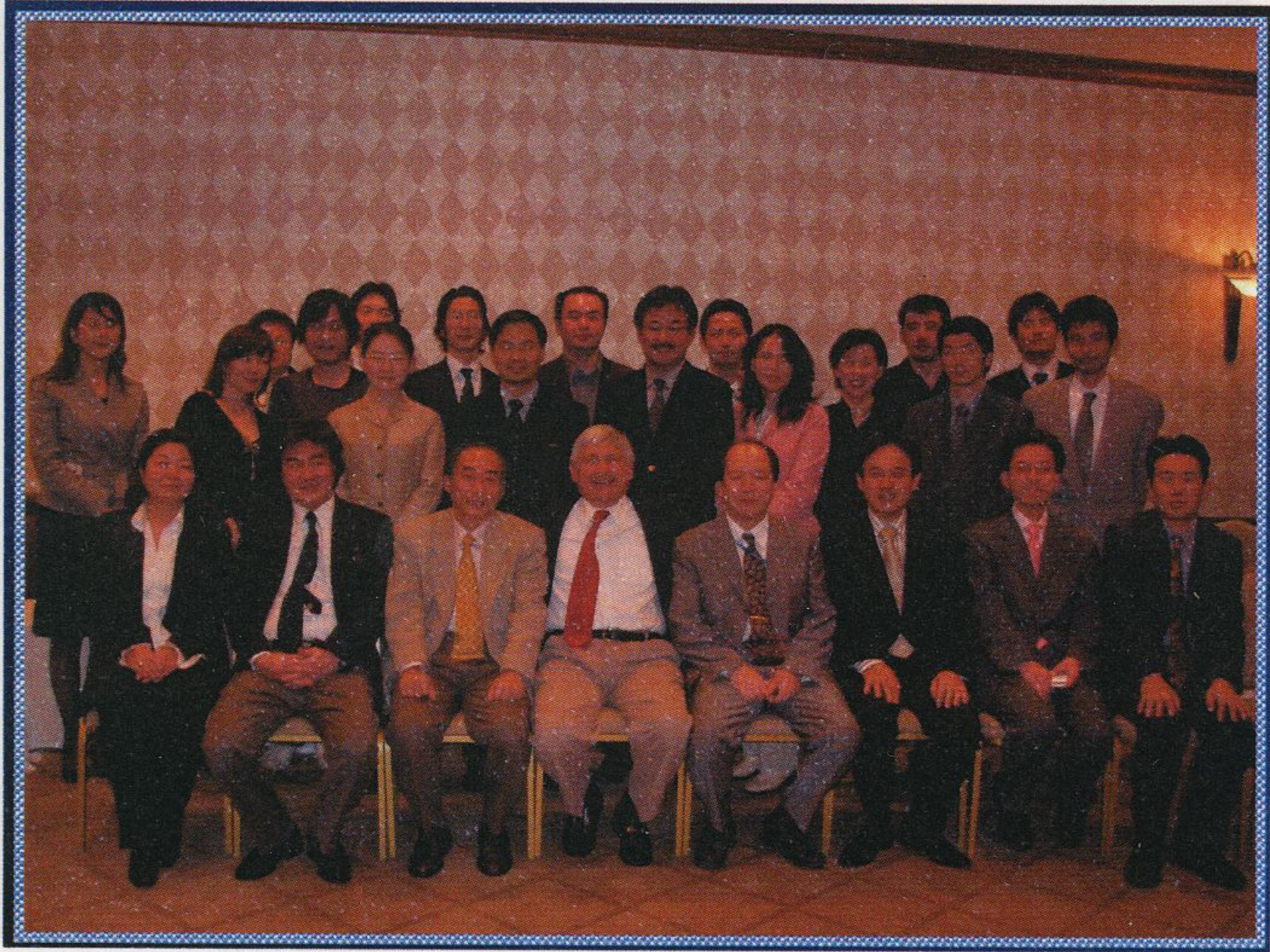
⑤

産婦人科と外科医は年々減少している。



⑥

厚生労働省 診療科別にみた医師数より



7

[子宮頸癌] →

子宮頸がんの臨床進行期別頻度 (CIH)

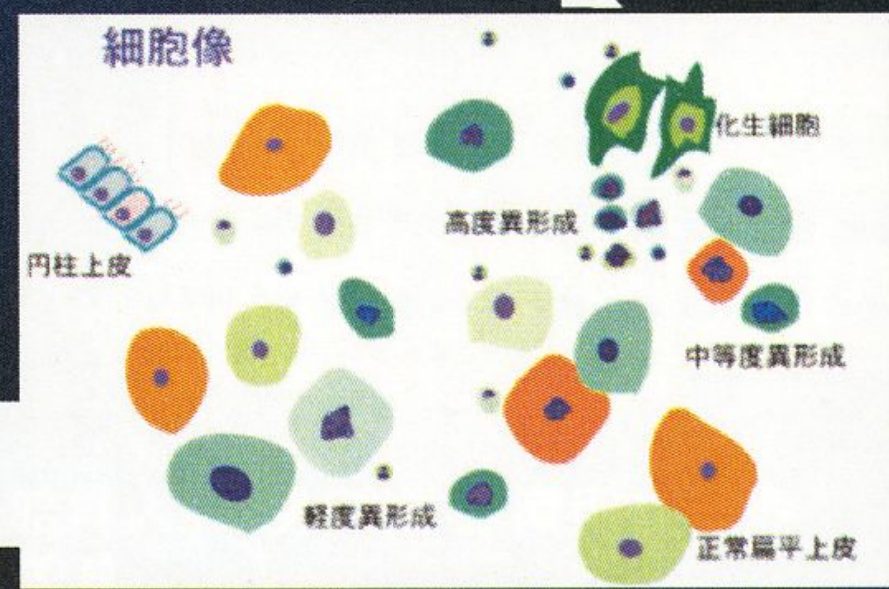
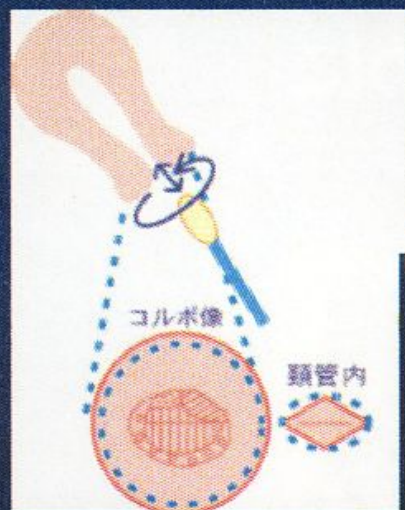
子宮頸がん(期)	2005	2006	2007	2008	2009
0	63	98	107	120	118
I	56	72	68	83	93
Ia1	22	24	23	19	20
Ia2	0	1	1	3	4
Ib1	29	35	31	45	53
Ib2	5	12	13	16	16
II	18	24	19	19	30
IIa	7	6	12	10	15
IIb	11	18	7	9	15
III	10	13	13	16	9
IIIa	0	2	2	0	0
IIIb	10	11	11	16	9
IV	7	10	15	16	11
IVa	2	3	3	2	0
IVb	5	7	12	14	11
合計	154	217	222	254	261

②

子宮がん(子宮頸がん)検診の問題

⑨

子宮頸部細胞診とは



診断

正常細胞

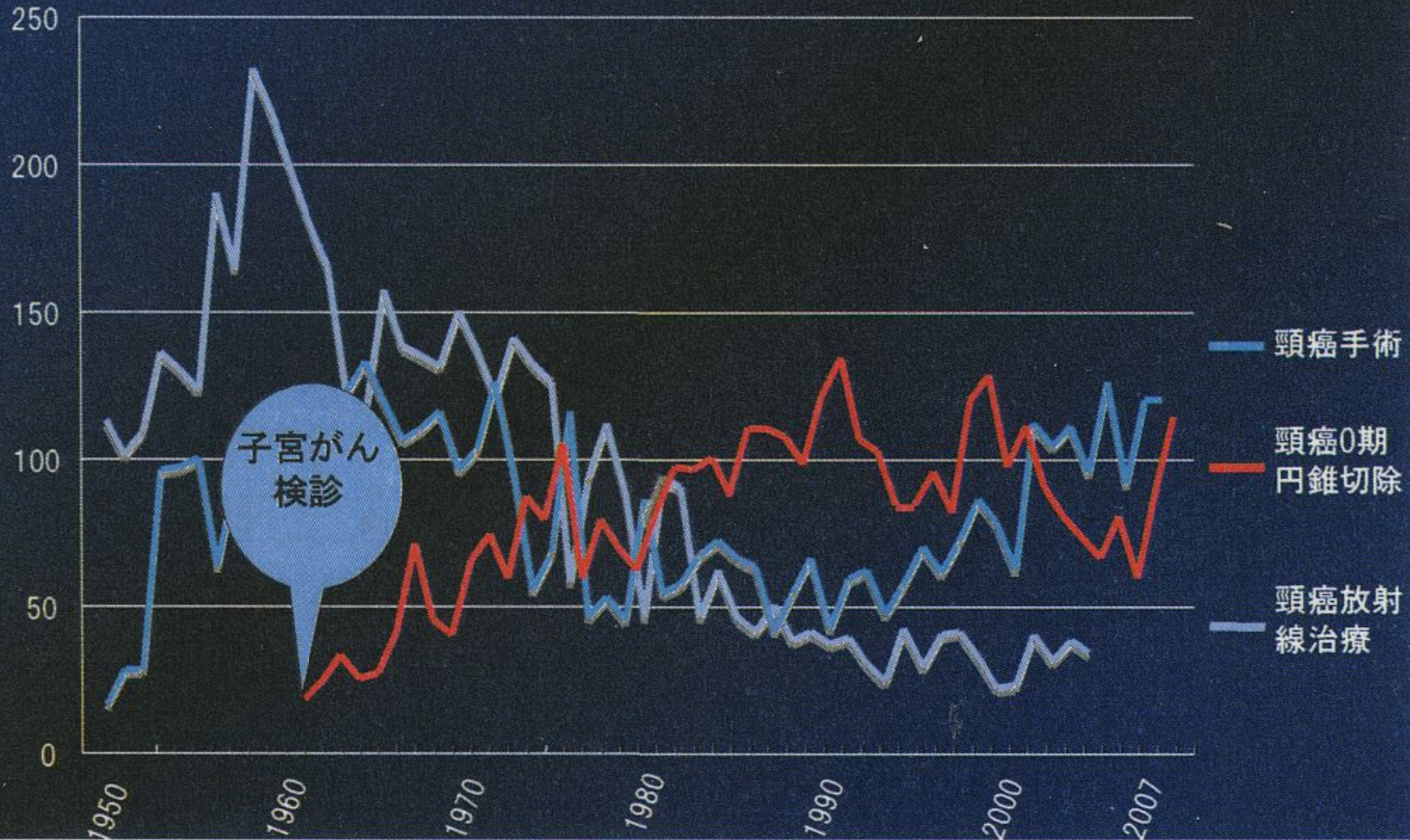
がん細胞

この緑色のパネルは診断結果を示しています。上部には「正常細胞」の顕微鏡画像があり、下部には「がん細胞」の顕微鏡画像があります。

10

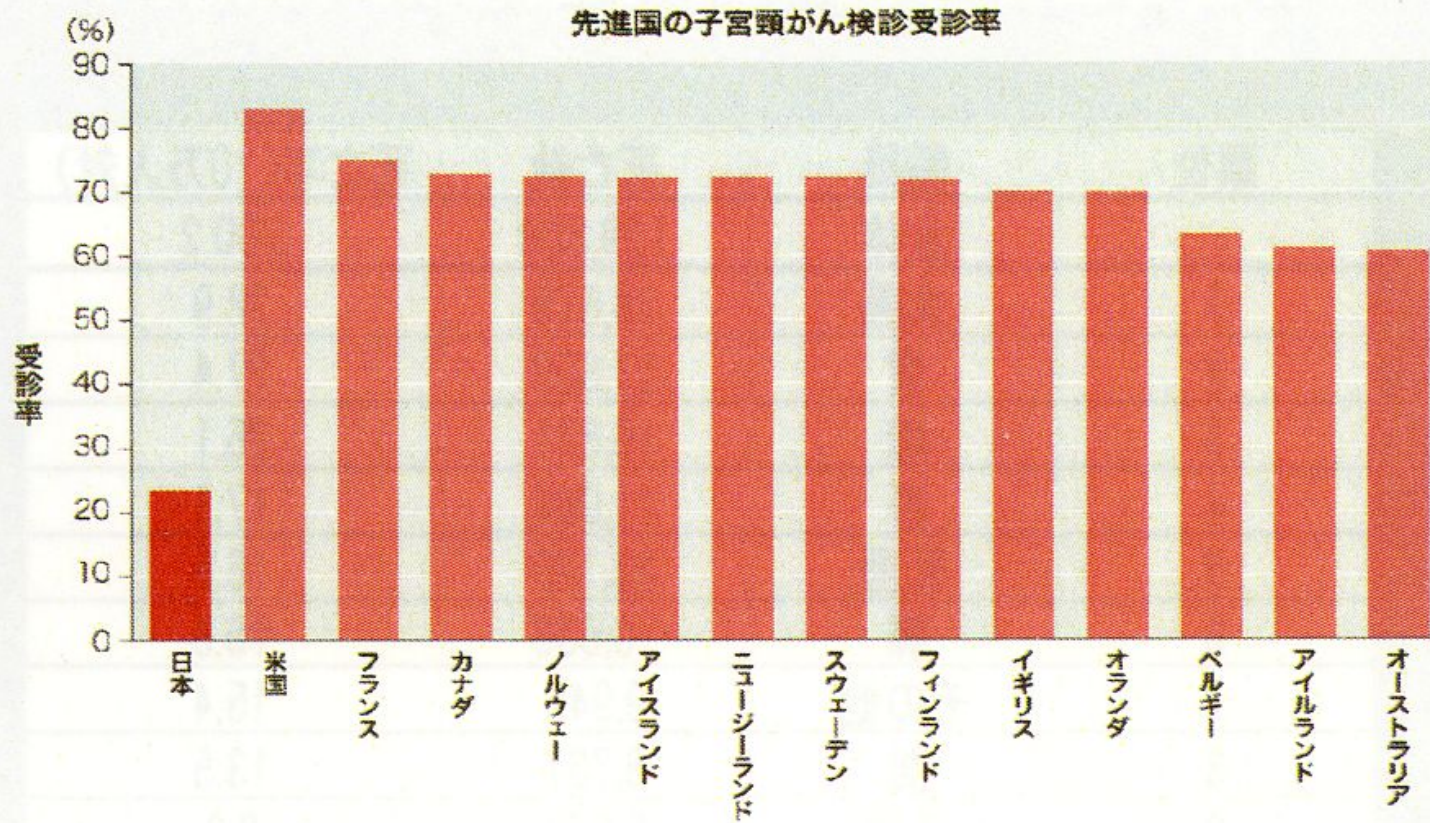
子宮がん検診によって早期発見が可能となり 円錐切除(子宮温存)手術が多くなった。

(例数)



11

日本の子宮がん検診受診率は低い。

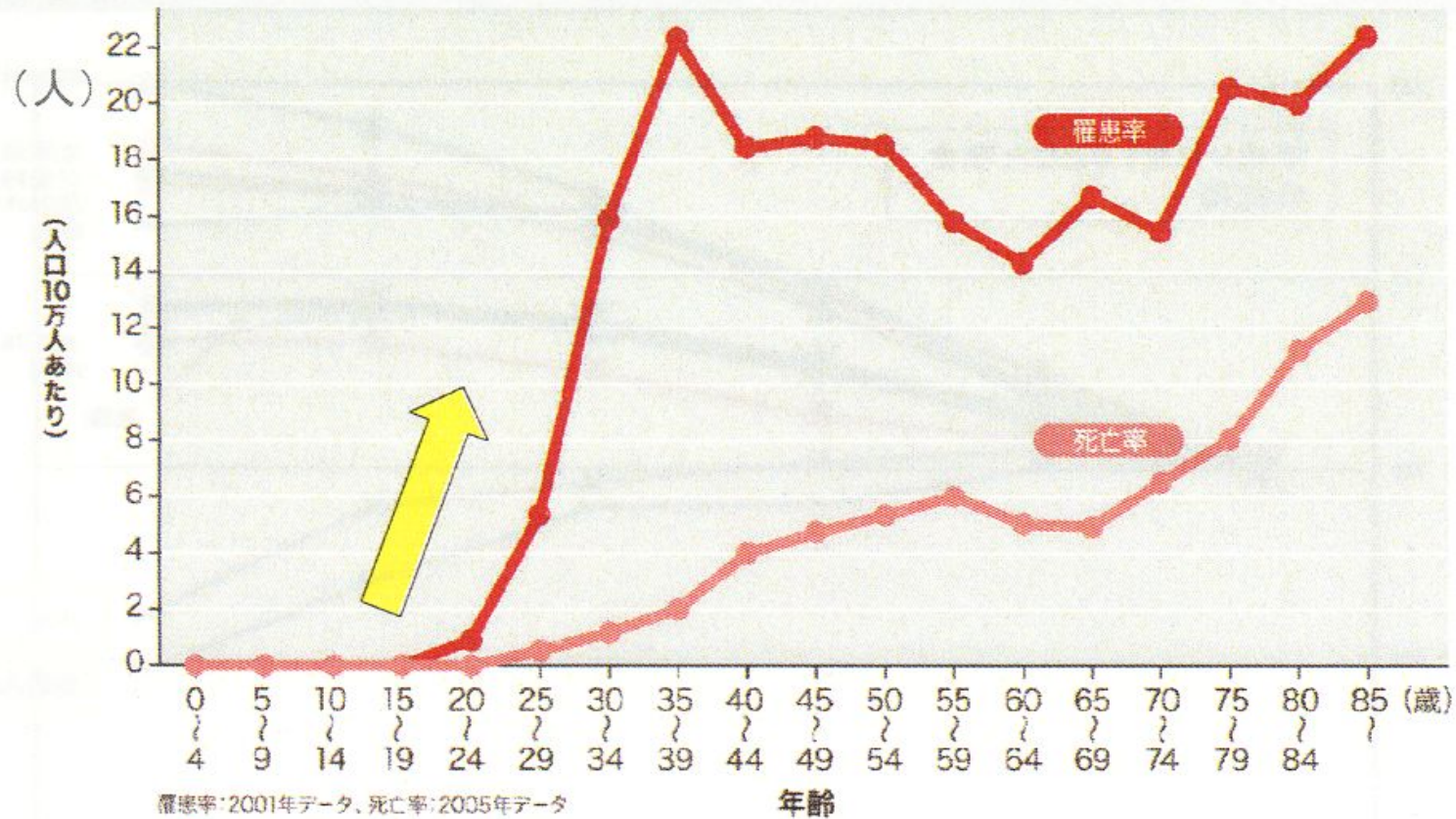


OECD(経済協力開発機構) Health Working Paper No.29, 2007 より改変

グラクソ・スミスクライン社資料より改変

12

子宮頸がん罹患率は20～30代から上がり始める。

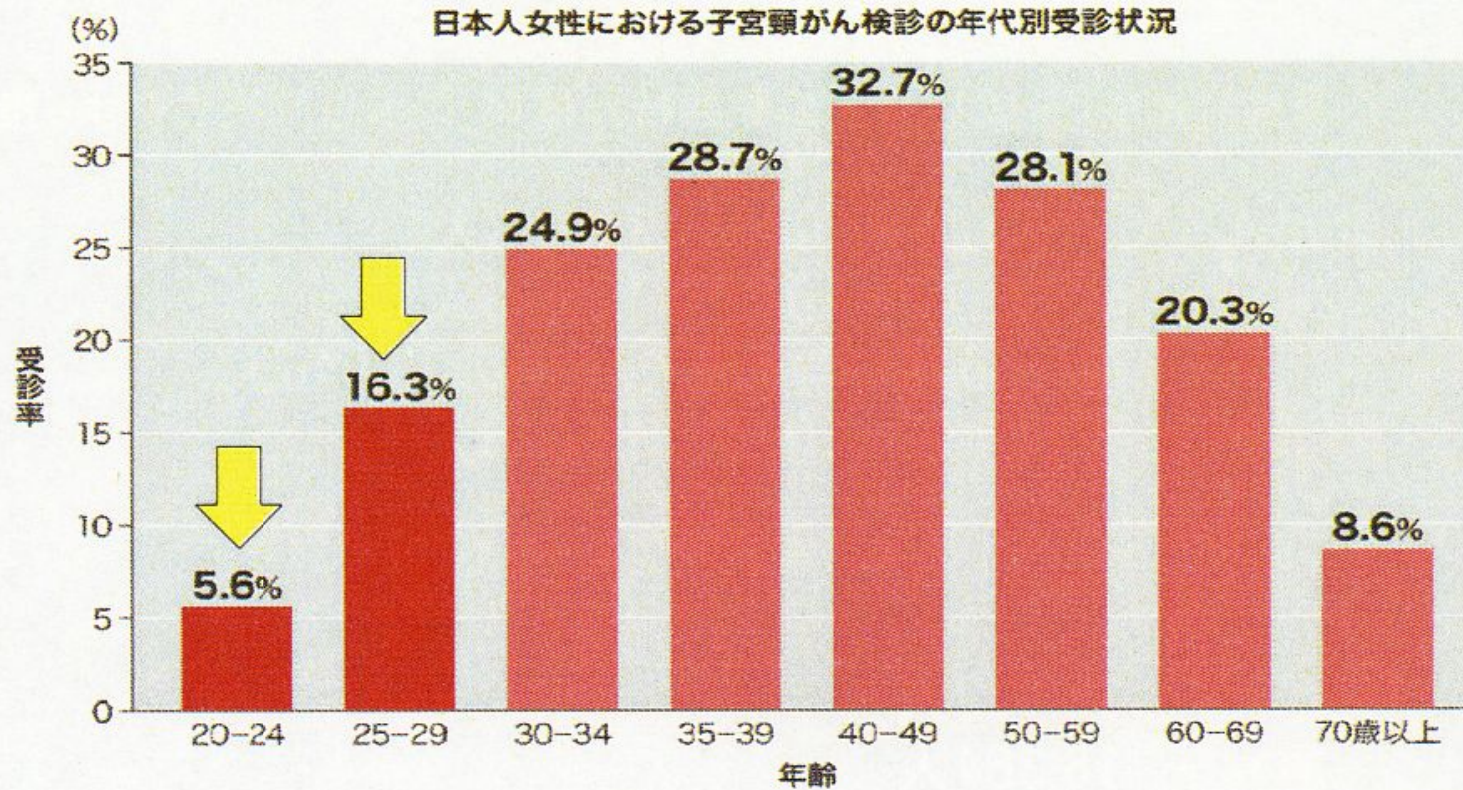


国立がんセンターがん対策情報センター、人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部編)

グラクソ・スミスクライン社資料より改変

13

20代女性の子宮頸がん検診受診率が特に低いのが問題である。



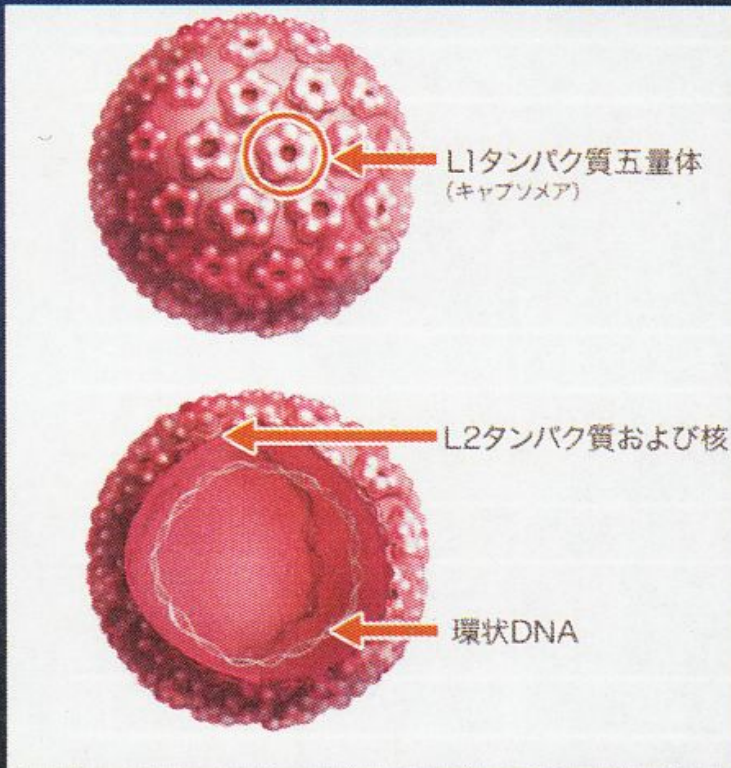
厚生労働省：平成19年国民生活基礎調査

グラクソ・スミスクライン社資料より改変

14

HPV(ヒトパピローマウイルス)とは

(*Human Papillomavirus*)



- ・ 皮膚や粘膜に感染する。
- ・ 100種類以上の遺伝型が存在。
- ・ そのうち15種類は子宮頸がんの原因となり、発がん性HPVと呼ばれる。

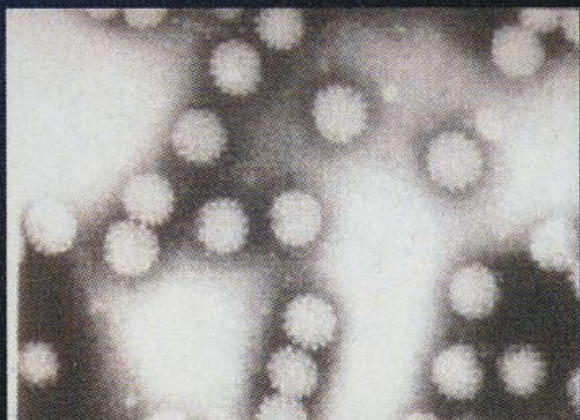
⑮

子宮頸がんの主な原因は発がん性HPVの感染による。

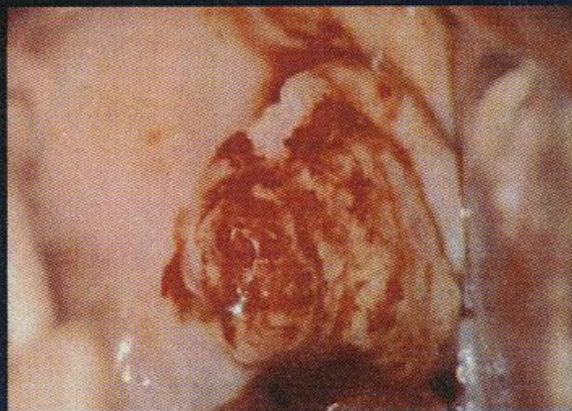


Zur Hausen博士

HPVの発見で2008年ノーベル賞受賞



HPVウイルス



子宮頸がん

グラクソ・スミスクライン社資料より改変

16

発癌性HPVの感染と子宮頸部病変の発生

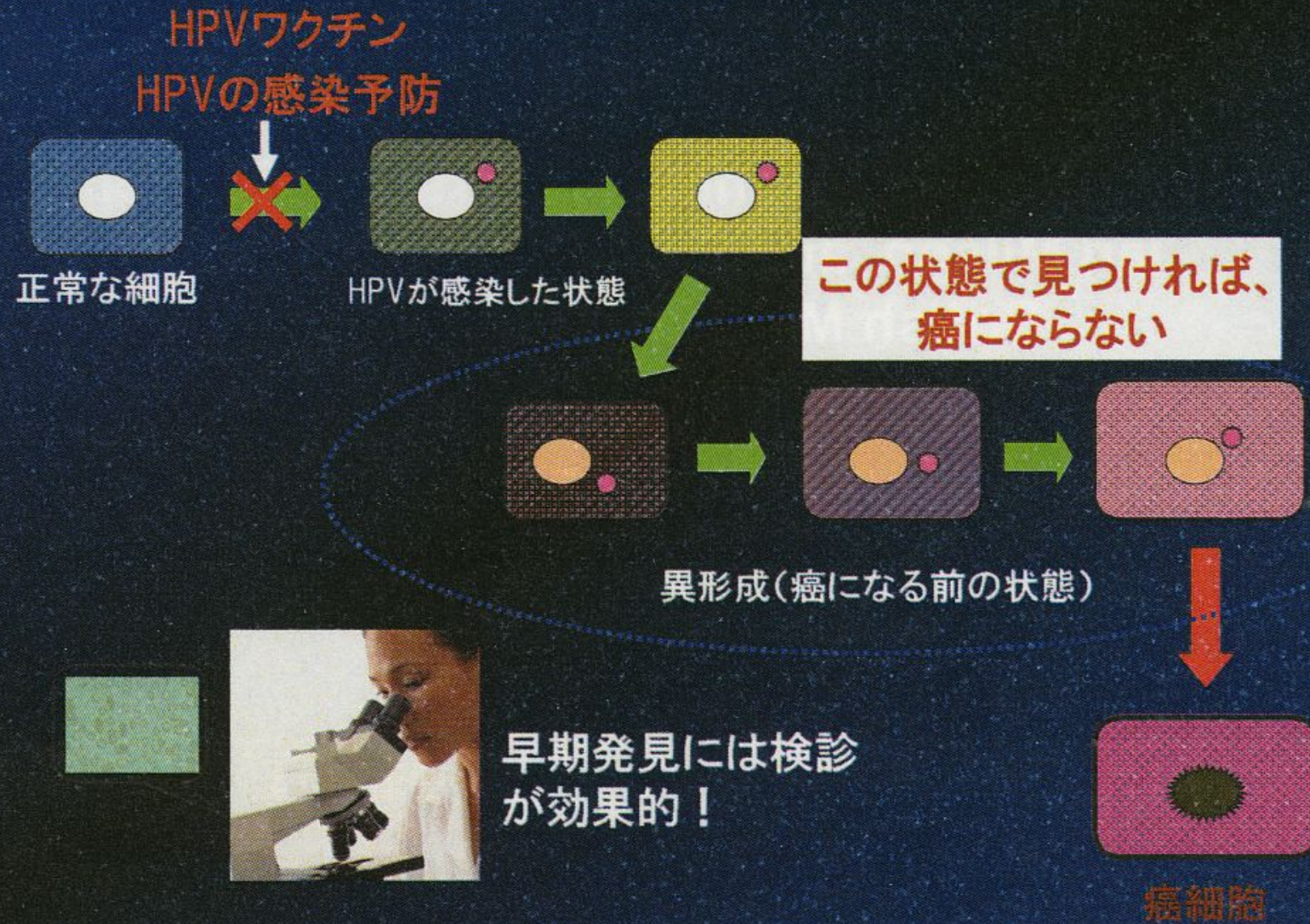
発癌性HPVに感染しても癌化するのはごくわずか



子宮頸癌の世界での年間罹患患者推定 (WHO)

17

子宮頸癌は早期発見と予防が可能



18

HPV予防ワクチン

グラクソ・スミスクライン

2009年10月16日に承認

- 1接種分の用量 0.5mL
- アジュバント(免疫増強剤)
AS04 (GSK独自開発)
 - Al(OH)₃ 500 μg
 - MPL 50 μg
- L1-HPV16 20 μg
- L1-HPV18 20 μg
- 蛋白発現系 バキュロウイルスHi-5細胞
- 接種スケジュール 0、1、6ヶ月
- EU、オーストラリアなど93カ国で承認を取得
海外では12歳前後の女兒を中心に子宮頸がん予防ワクチンを接種しています

メルクー万有

- 1接種分の用量 0.5mL
- アジュバント(免疫増強剤)
アルミニウム塩 225 μg
- L1-HPV6 20 μg
- L1-HPV11 40 μg
- L1-HPV16 40 μg
- L1-HPV18 20 μg
- 蛋白発現系 酵母
- 接種スケジュール 0、2、6ヶ月
- 米国、EUなど100カ国で承認を取得

19

しかし、HPV未感染者に予防ワクチンをうつことは、かなり有効であるはず。

将来、子宮頸がんが日本から駆逐されるためには、70-80%の女性が予防ワクチンを受けべきである。13歳とか15歳時点で、公費で、一斉にワクチン接種をするのが望ましい。

2万円×60万人＝120億円/1年

既にB型肝炎の母子感染が疑われる場合に、そのHBIG(B型肝炎ウイルスの中和抗体)投与で、B型肝炎の陽性頻度が3%から0.1%へ減少させ得たという実績がある。

20



21

② 50 歳以上の上皮肉腫は、円錐切除よりも子宮全摘術を、

子宮頸がんの早期診断と早期治療のピットフォール

子宮頸部円錐切除術で100%治るわけではない

閉経前後以降（50歳以降）では、円錐切除後の遺残率、再発率が高い

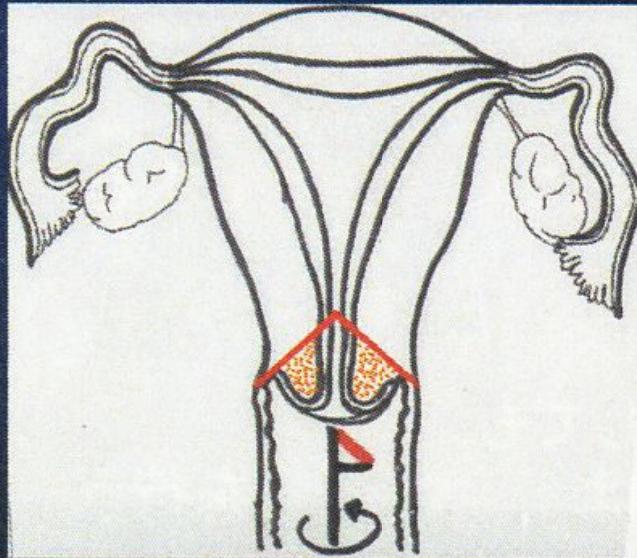
閉経後だと、子宮頸管閉鎖がおこりやすく、あとの検診が不能

腺癌や腺扁平上皮癌では頸管の奥に病巣が残り易い

閉経後の初期がんは腔式子宮全摘術の有用性が高い

22

円錐切除をイメージ



: 切除された子宮頸部の部分

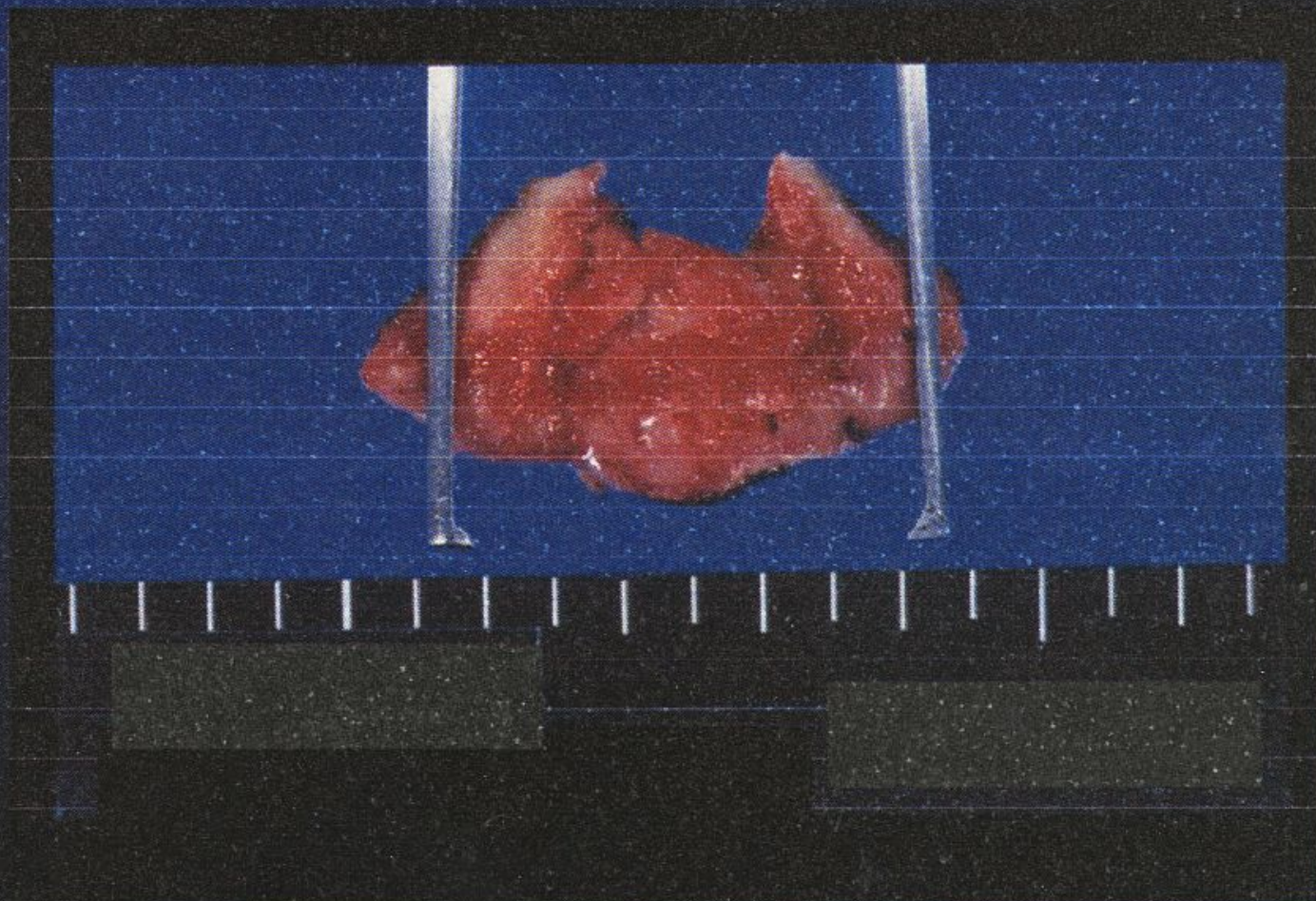
病理組織学的に観察
(切除した部分を薄く切って
顕微鏡で観察する)し、
十分に検討されて診断が
下る。

残存している部分に
対する評価ではない。



23

下平式 (谷口式)による円錐切除標本



24

Long term risk of invasive cancer after treatment
for cervical intraepithelial neoplasia grade 3;
population based cohort study
Bjorn Strander, Agneta Andersson-Ellstrom,
Ian Milson, and Par Sparen (Sweden)
British Medical Journal 2009

1958-2002年に、132493人がCIN3で治療を受けた。
その中から、**子宮頸癌(浸潤癌)**が881人(**0.67%**)に発生した。
一般女性と比較して**2.34倍**
(95% confidence interval:2.18-2.50)。

一度、0期の子宮頸癌の治療をしたのちの浸潤癌は2倍の頻度！

25



症例1

円錐切除術施行時の年齢：55歳

【現病歴】

がん検診にて子宮頸部細胞診Class IIIbのため当院紹介受診。

当院 細胞診

- ・子宮腔部 擦過(綿棒) Class III
- ・子宮頸部 ブラシ Class III
- ・子宮内膜 吸引 Class I

- ・頸部組織診：Squamous cell carcinoma of the uterine cervix, biopsy
- ・MRI：頸部腫瘍なし。
- ・腫瘍マーカー SCC 0.4

26



初期子宮頸癌と診断し子宮摘出術をすすめたが
御本人の強い希望により円錐切除術を施行した。

⇒ 円錐切除術摘出標本ではSCC, dysplasiaともに所見なく、
2~3カ月毎の細胞診、腫瘍マーカー(SCC・CA125)測定を実施。
頸管狭窄のため頸管・内膜ブラシ挿入困難であった。



！円錐切除術後 2年3カ月目

腫瘍マーカー SCC 3.2と上昇、不正出血をみとめる。

・子宮腔部細胞診: Class II

画像評価

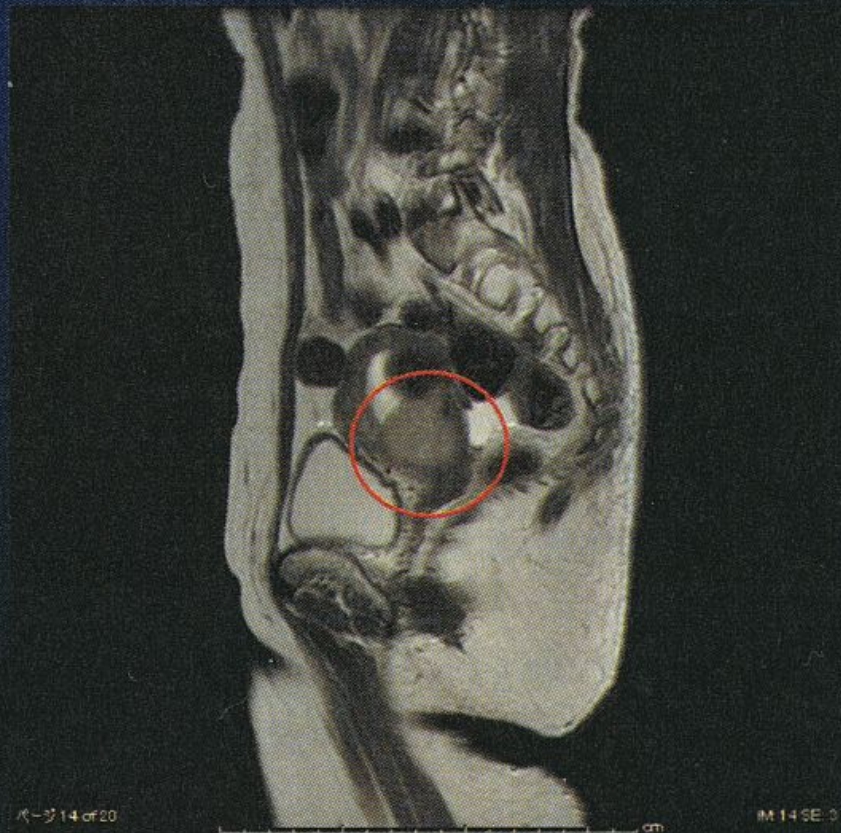
・MRI 子宮内頸部に腫瘤形成、36×24×33mm

・CT 遠隔転移・リンパ節転移はみとめず。

27



円錐切除術後 2年5カ月経過



子宮内頸部に 36×24×33mmの腫瘤形成
傍子宮組織への浸潤(-)

28



子宮頸癌再発、StageIb に相当すると診断し、広汎子宮全摘術を施行。

⇒ 摘出標本では内頸部から子宮体部へ浸潤する
扁平上皮癌と診断された。

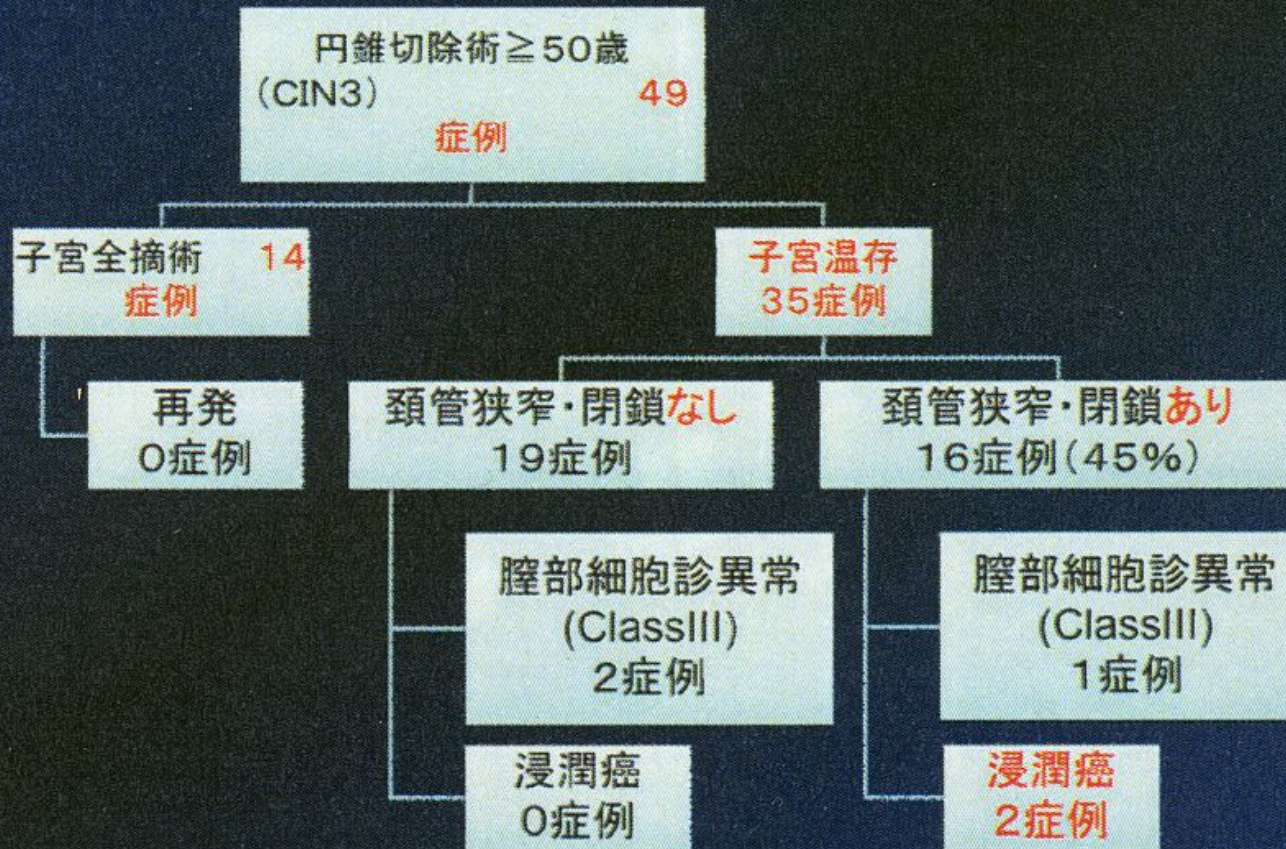


Squamous cell carcinoma, invasive, nonkeratinizing type
 $\frac{1}{2}$ <depth<1, ly(+), v(-), ligament(-),
vaginal involvement(-).
内頸部から子宮内膜・筋層へ浸潤

29



2005-2008 円錐切除術症例 455症例 ⇒ 50歳以上の症例 49症例 (10.7%)



30



閉経以後の方に円錐切除を行う際の 問題点・注意点

①術前診断が難しい

扁平上皮・円柱上皮の移行帯が子宮内腔側へ移動する。そのため病巣が可視範囲からの消失する。

②円錐切除手技が難しい

腔・子宮が萎縮する。

③経過観察も難しい

円錐切除の後で**子宮頸管部が狭窄または閉塞**

・・・細胞診、組織診の検体採取が困難となる。

自覚症状が病巣拡大まで現れない

・・・不正出血、おりものの異常など。

③

0期子宮頸がんに対する 当科での年齢別治療方針(2008～)

>50歳

原則、円錐切除術を施行せずに**子宮を摘出**する。

45歳～50歳

危険性について十分に説明しても、
なお強い希望のある場合には**円錐切除術**を行う。

<45歳

希望により**円錐切除術**を行う。

32



33

初 診

患者:○辺○桜 年齢:34歳 single

初診:2005.02.23

主訴:不正性器出血

既往歴:(-) アレルギー:(-) 妊娠歴:0G-0P PS: 0

内診:ut goose egg size Cx ca(+) hen egg size mobility(+)

ad(-) para(-) Douglas free

Cx 70mm tumor(+) 膈円蓋部6時方向 浸潤疑い

KSP:IC atypical vessel(+)

初診時腫瘍マーカー:CEA(0.1) SCC(5.2)

初診時細胞診: CE class V EM class I

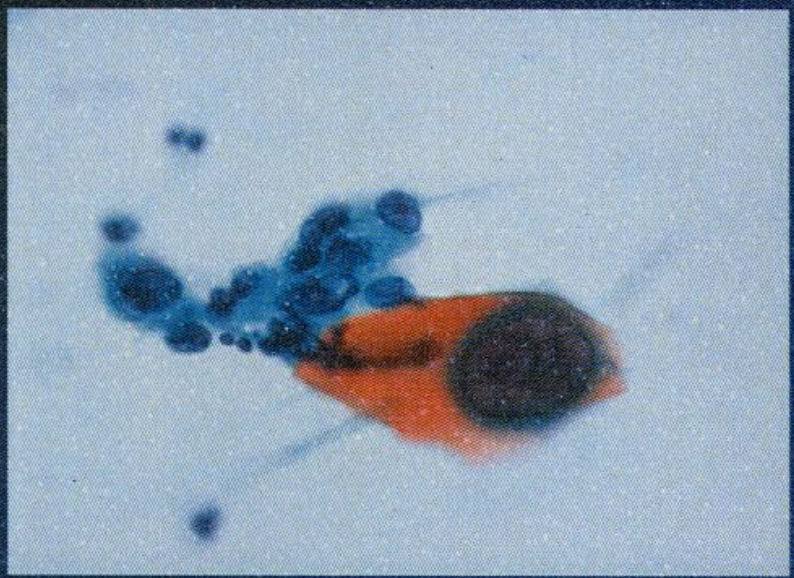
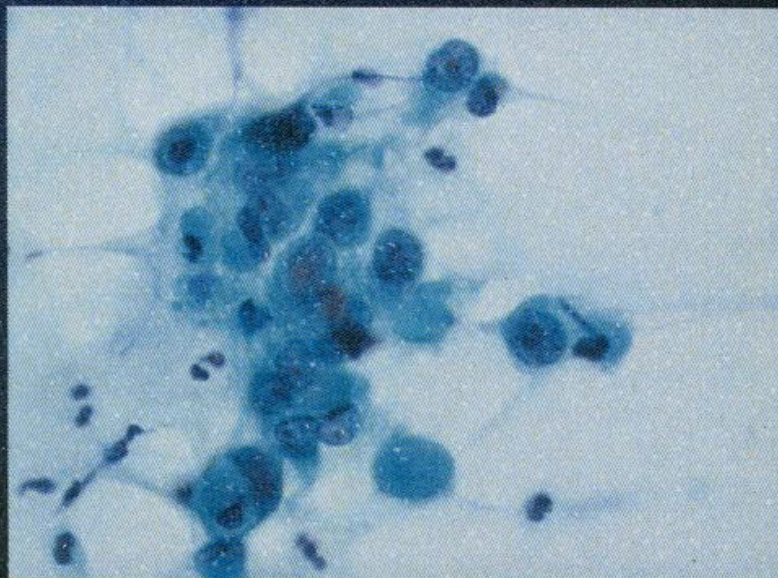
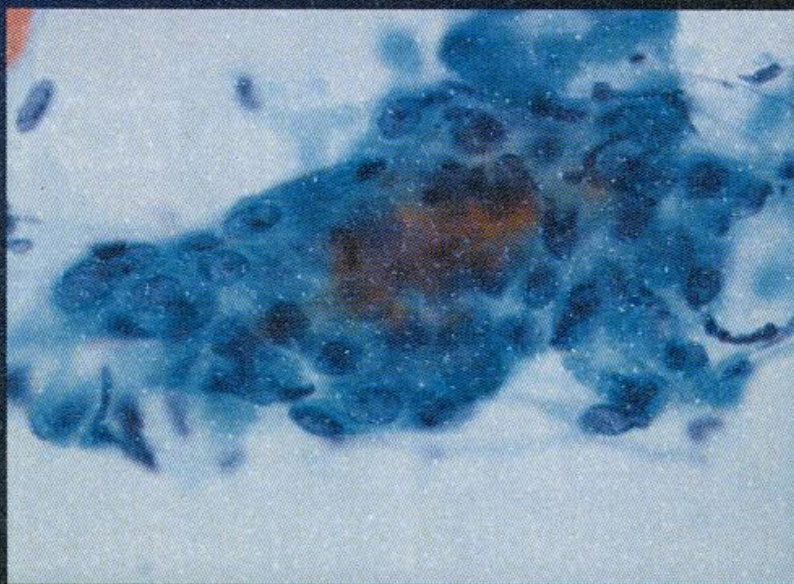
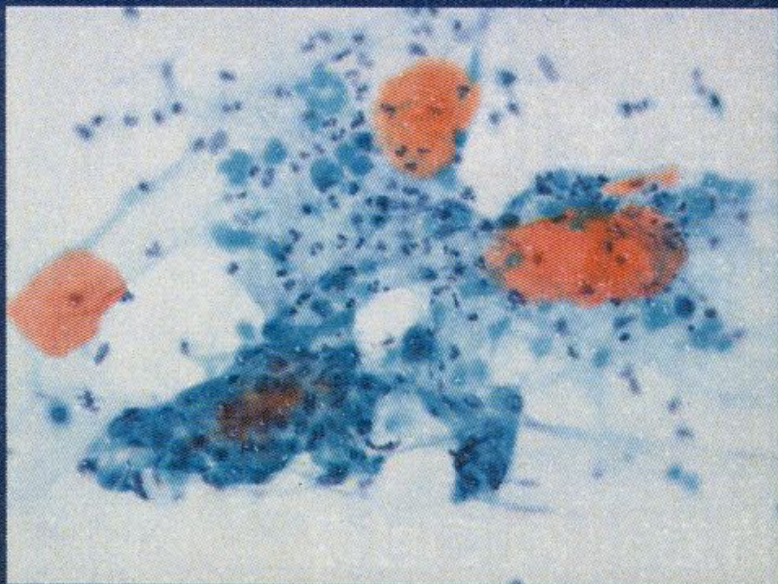
squamous cell carcinoma

初診時組織診: squamous cell carcinoma, keratinizing type,

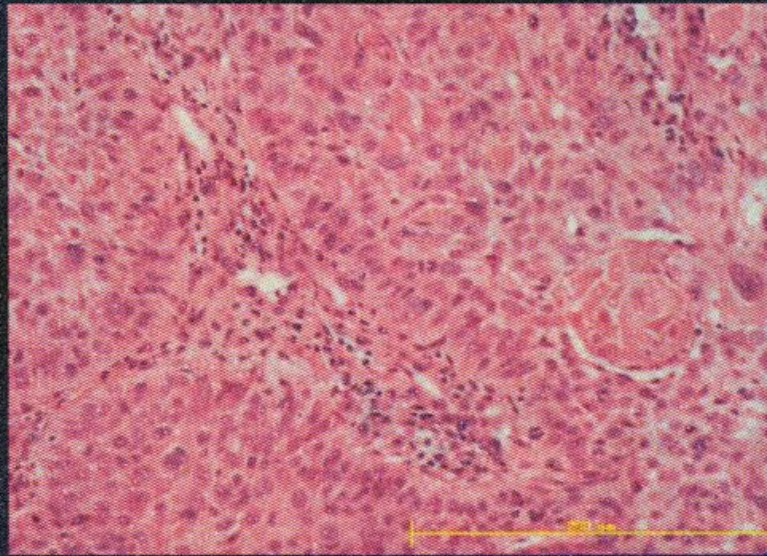
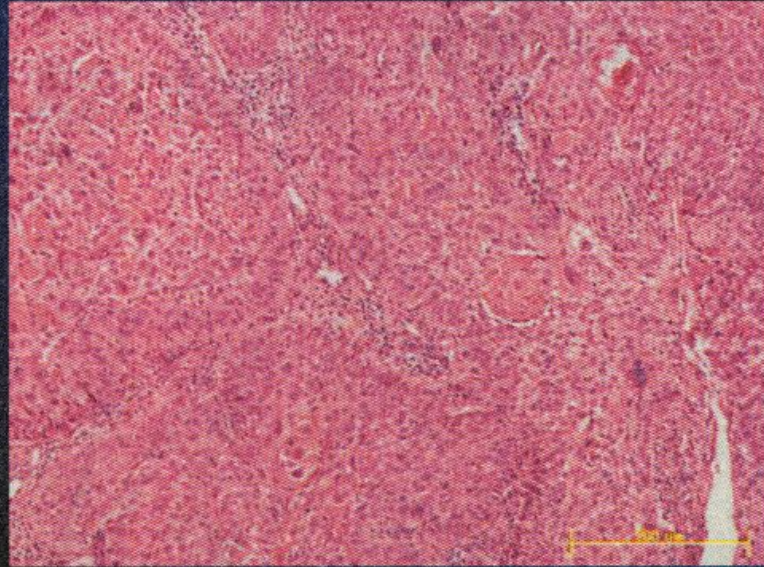
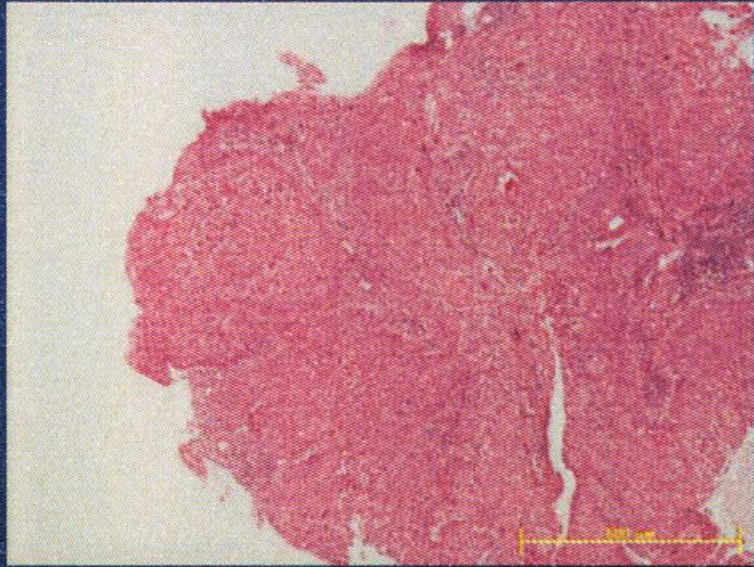
of the uterine cervix

診断:子宮頸癌 IIa T2aN1M0

34

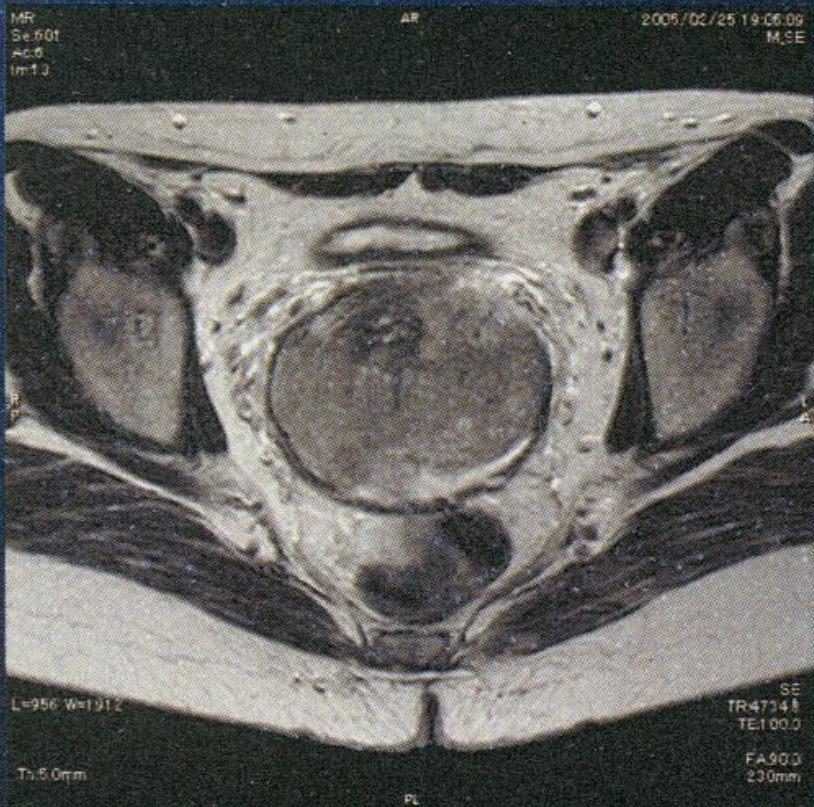


35

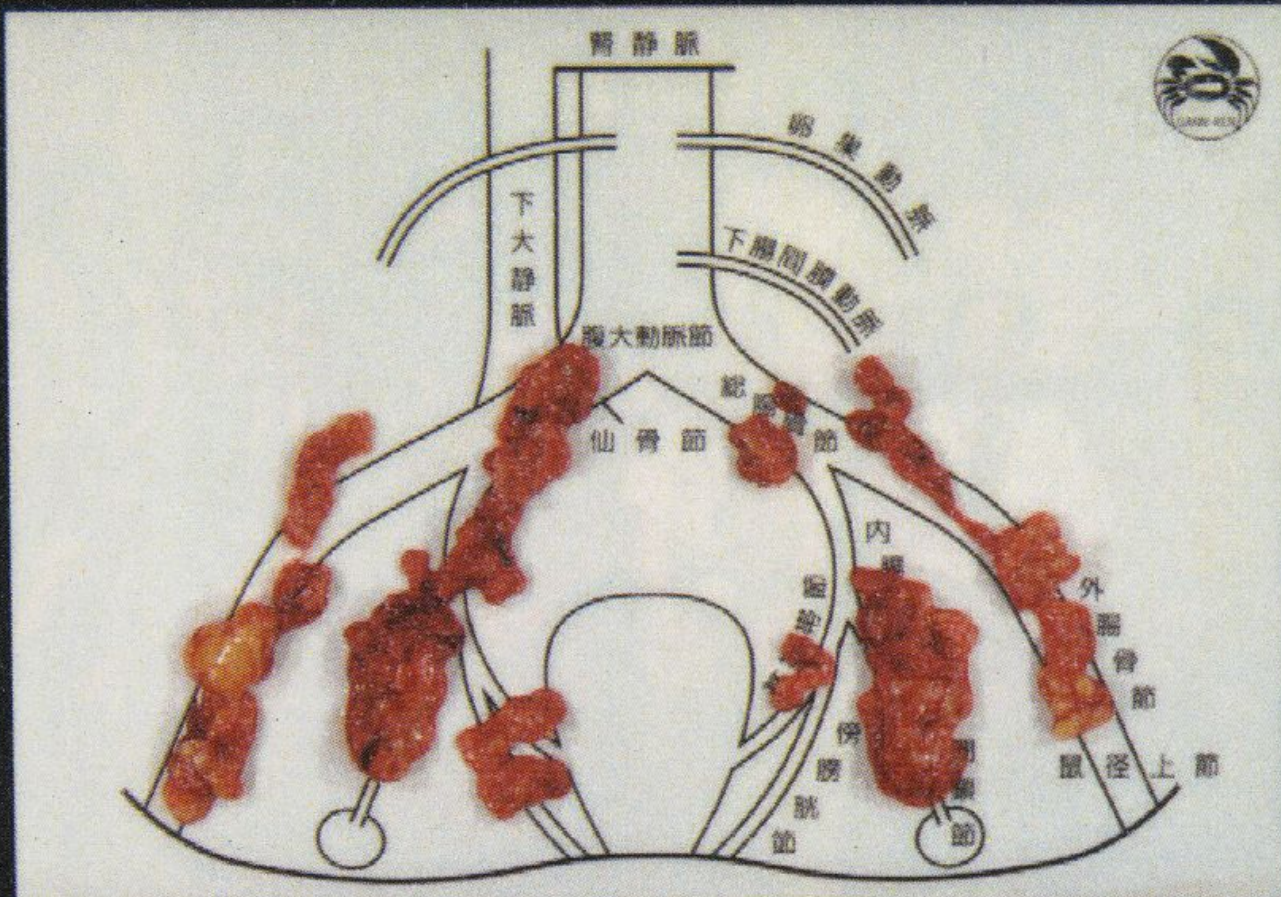


36

治療前MRI (T2W TRA/SAG)



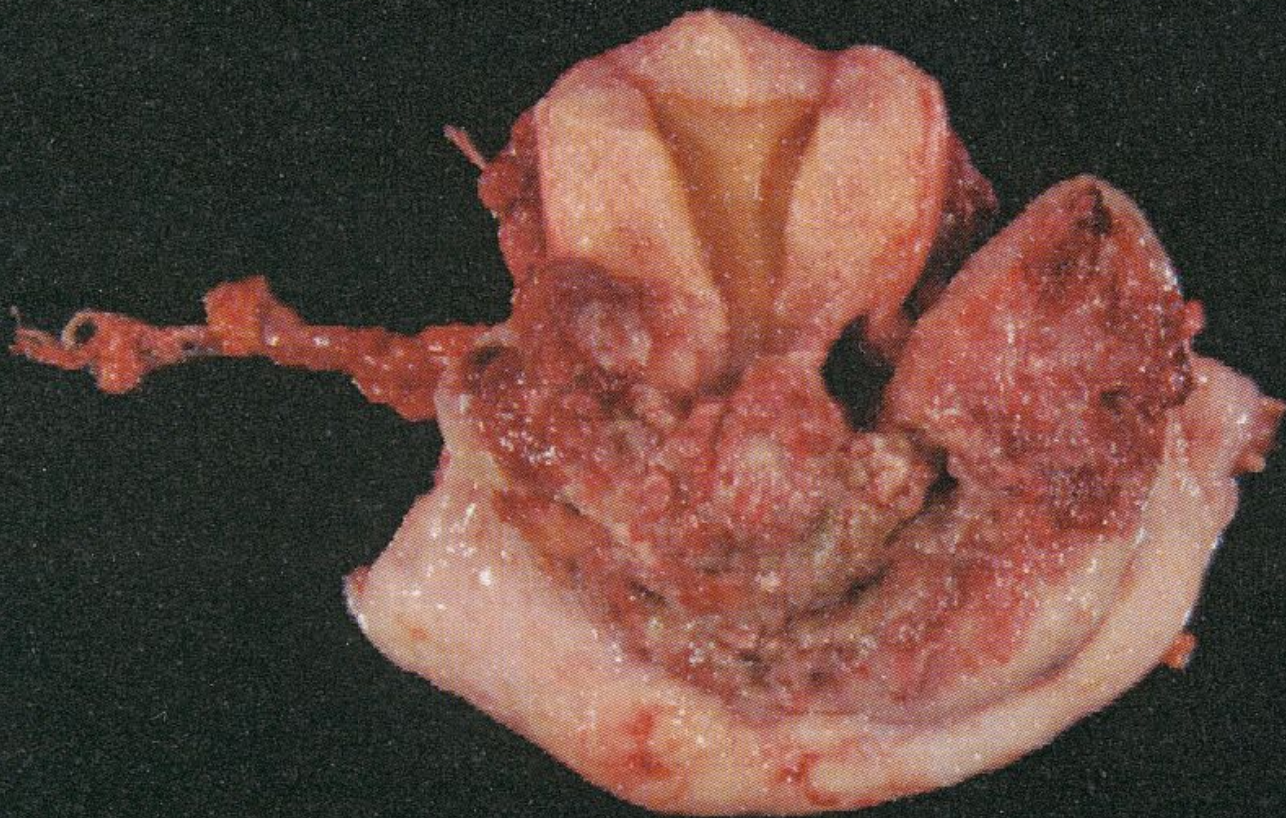
37



3A

10 20 30 40 50 60

05/05/12 G21401



39

05/06/15

G21401

40

子宮頸がんStage Ib-II 治療の問題;合併症について

- ・ 広汎子宮全摘術の合併症

排尿障害・リンパ浮腫・瘻孔形成・大量出血
特に腫瘍が大きい場合に問題となる。

- ・ 術後放射線治療を加えることによる晩期合併症

腸閉塞・下肢リンパ浮腫

放射線直腸炎・膀胱炎の増加

40

子宮頸がんに対し施行される 根治術の種類

- ・ 拡大単純子宮全摘術 0期の子宮頸がん
- ・ 準広汎子宮全摘術 la期の子宮頸がん
la2は骨盤リンパ節郭清も
- ・ 広汎子宮全摘術
縮小広汎子宮全摘術 lb1期(2cm以下)
神経温存広汎子宮全摘術
lb1(2cmを超える)～IIa期

41

子宮頸部の長径2cm以下のIb1期がんに対する
縮小広汎性子宮全摘術の認容性の検討

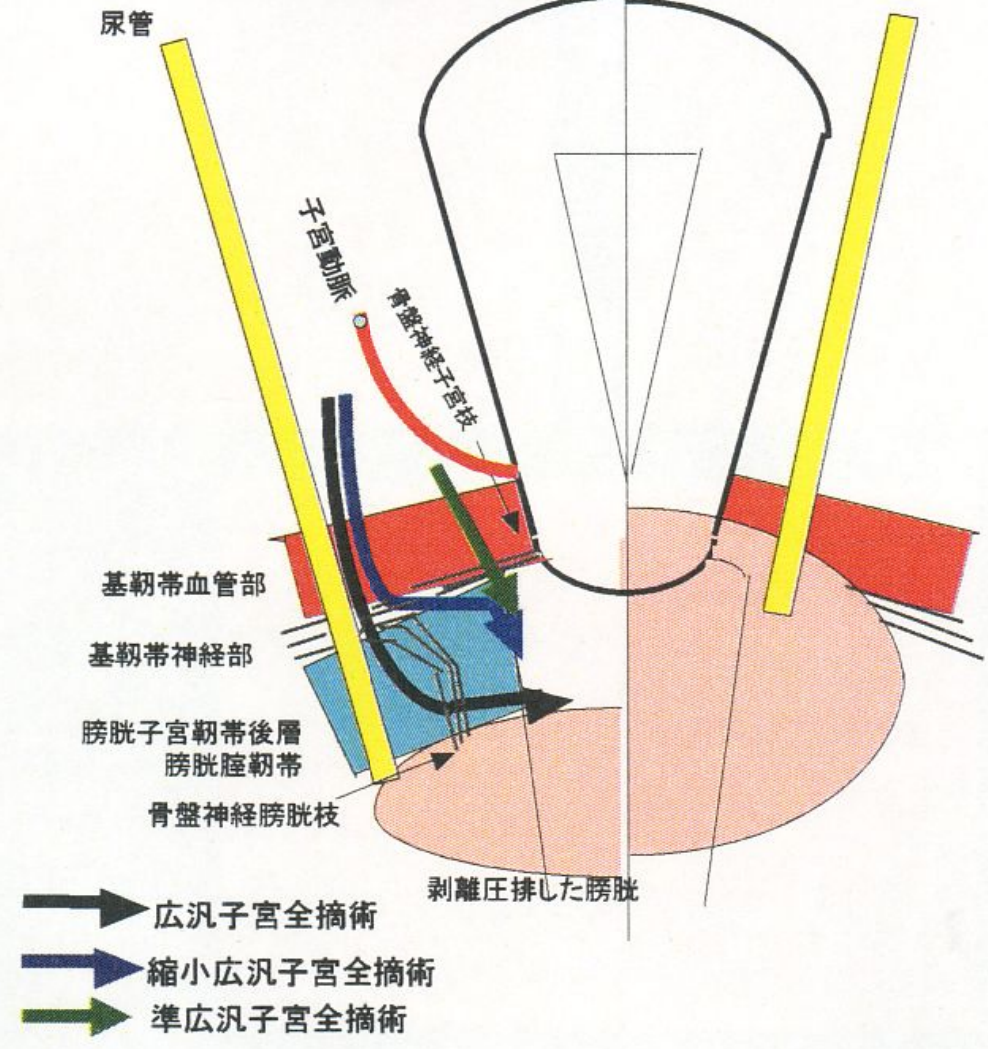
2007年10月のIRBで承認された。

42

術式の解説

手術による切断線
(膀胱子宮韧带前層切断後)

正常解剖図



43

縮小広汎子宮全摘術

- ・ 2007年11月から臨床試験開始
- ・ 症例数: 43例
- ・ 自尿確立中央値: 10日
- ・ 尿の貯留感は術後2週間で34例で回復
- ・ 再発症例なし

さらに、現在、排尿障害スコアをつくり、
広汎子宮全摘術における排尿障害を
客観的に評価中 (宇佐美医師)

44



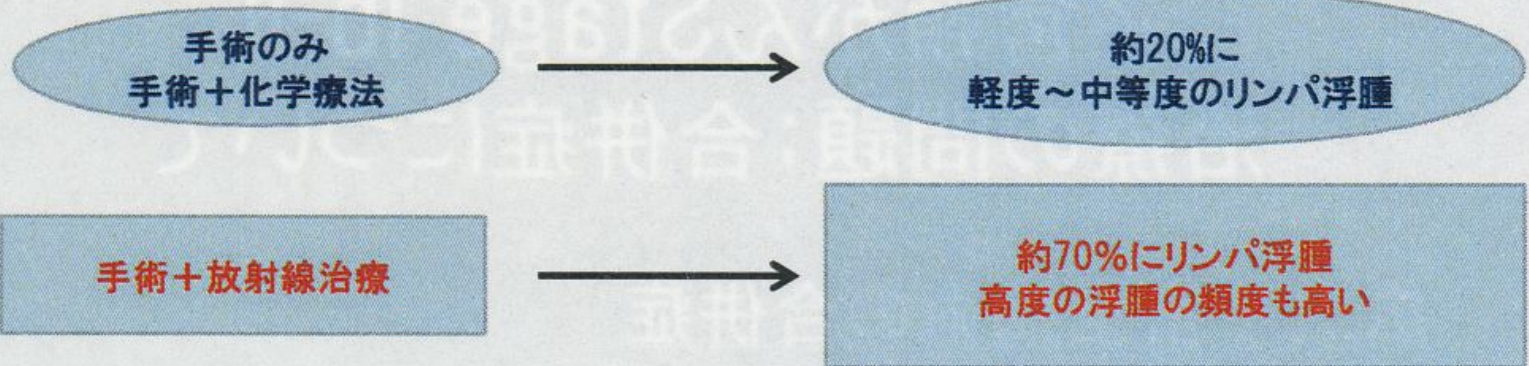
45

術後放射線療法の問題点

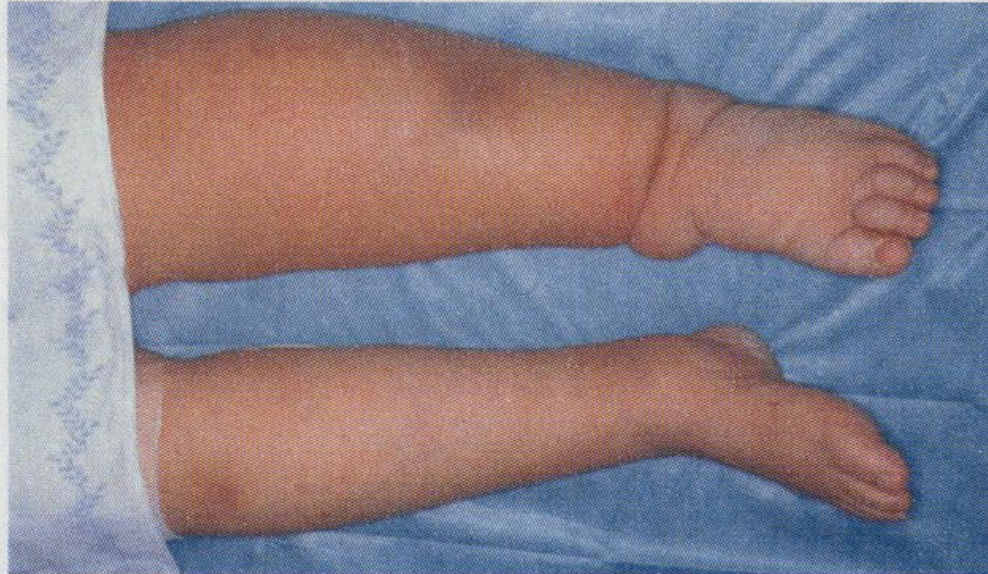
- 手術に加えて照射により二重の負荷をかける
(リンパ浮腫、神経因性膀胱、腸閉塞など)
- 日本の広汎性手術後についてはRCTがない
- 術後化学療法についてもRCTはない

46

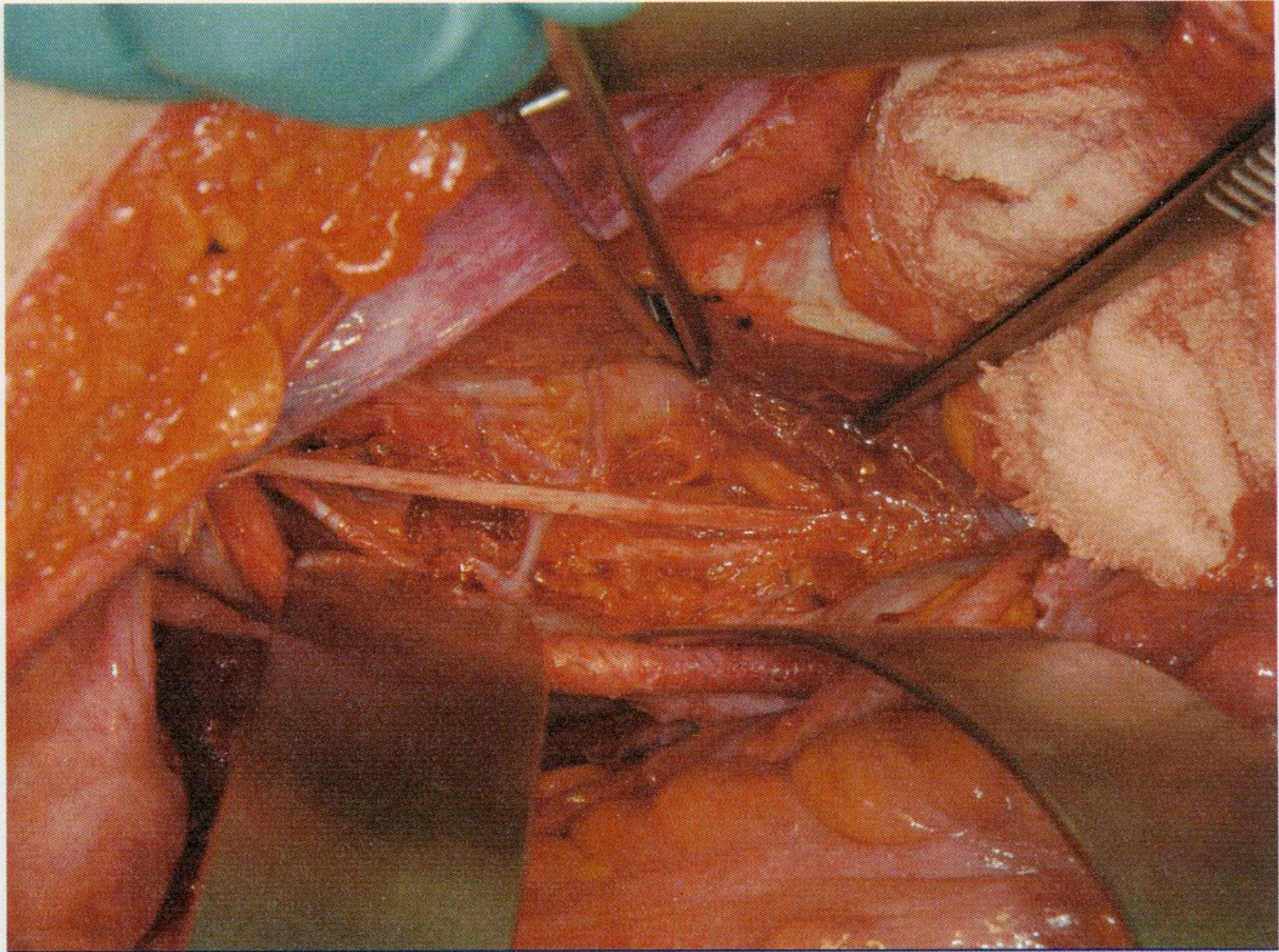
リンパ節郭清後の術後放射線治療は下肢リンパ浮腫にも影響が



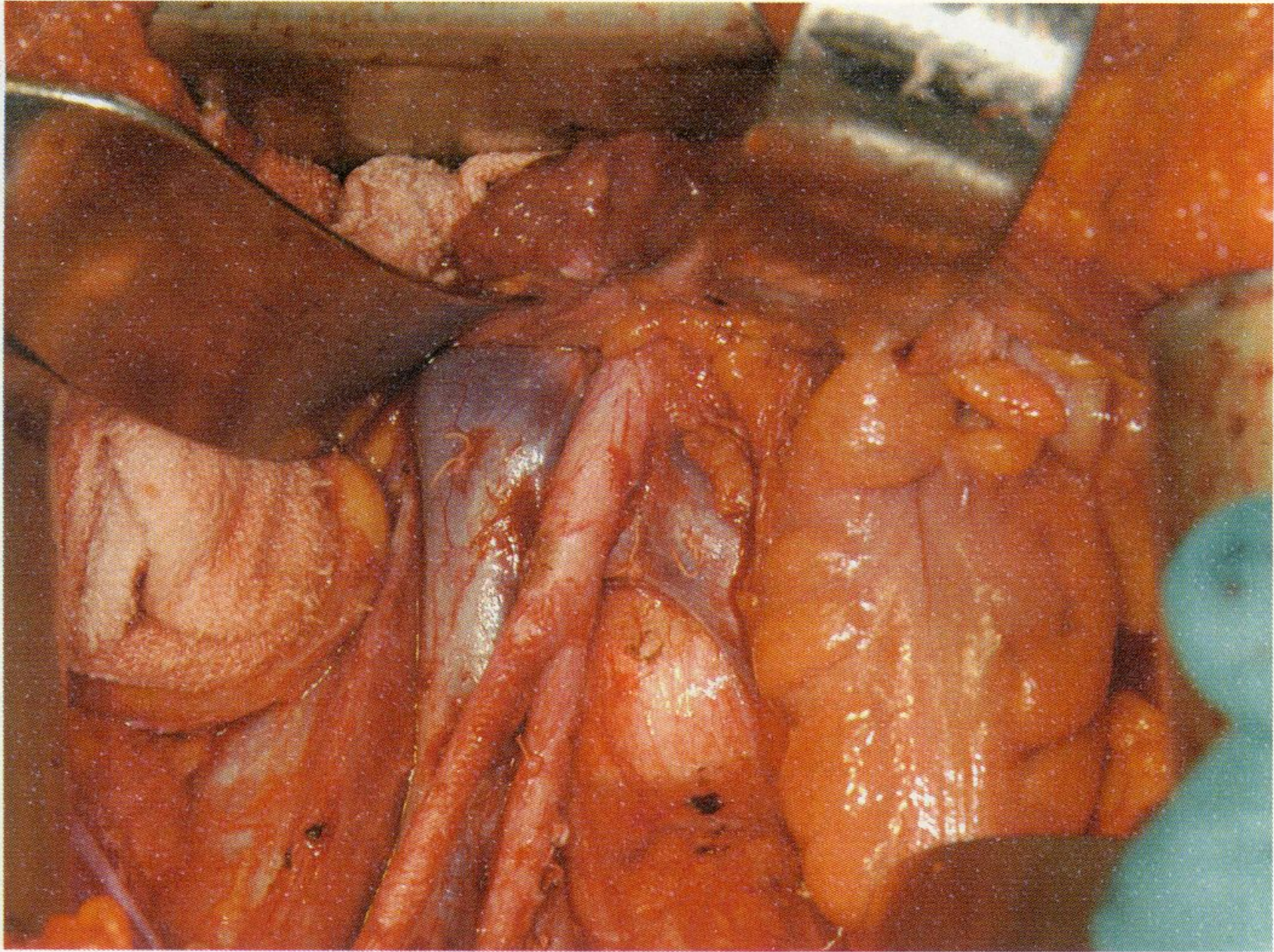
高度の下肢リンパ浮腫



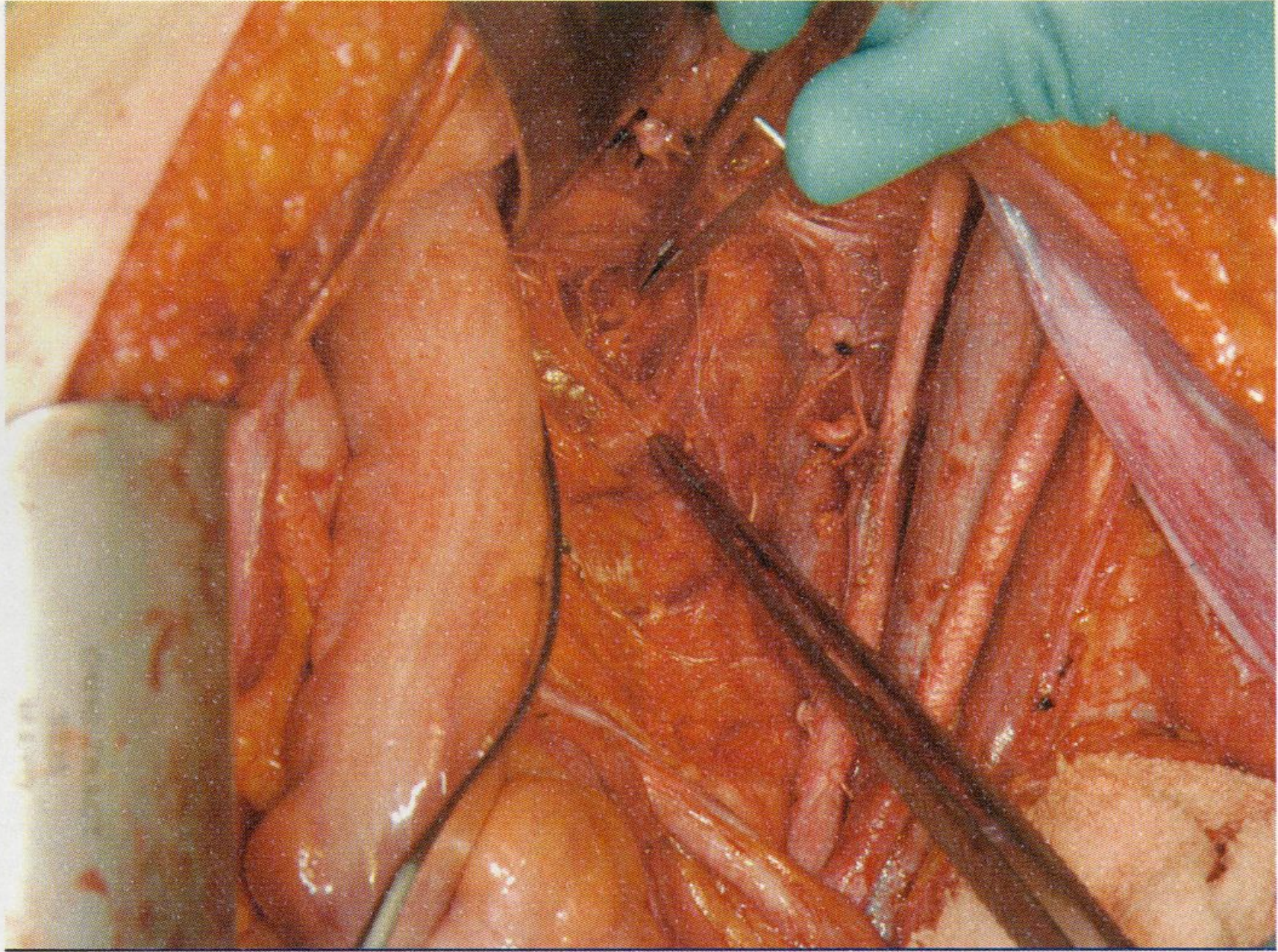
47



48



49



50

×

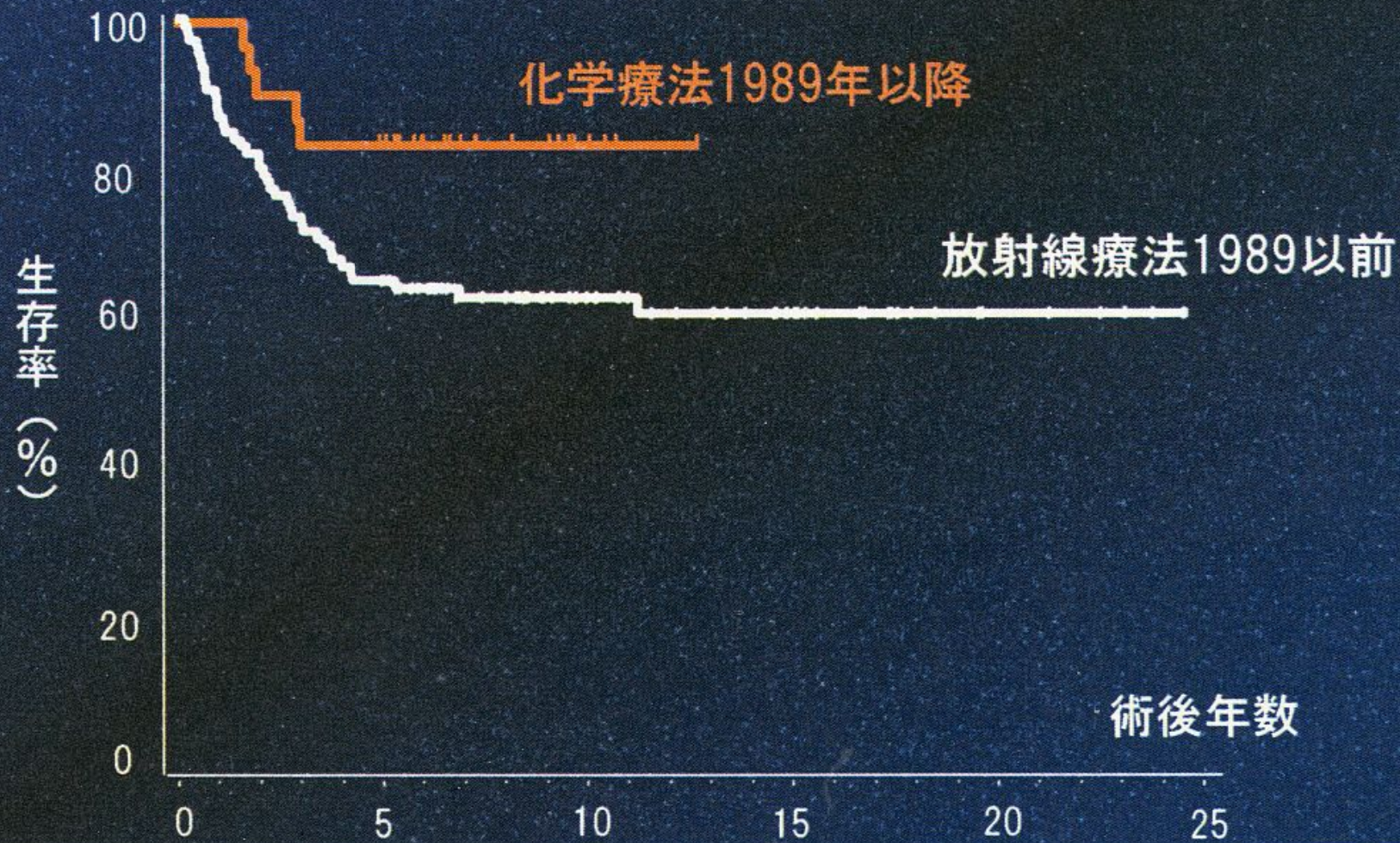
Under more precise lymph node dissection,
we have adopted adjuvant chemotherapy
since 1989
instead of adjuvant radiotherapy
following radical hysterectomy
for uterine cervical cancer.

×

×

(51)

子宮頸癌術後リンパ節転移陽性症例の 治療法別の経過



52

手術は可能だが、術後補助療法が 必須な症例(lb large, II期)の場合

Adjuvant RT(or CCRT)が必須であることを説明した上で
ICは取れるか？

Primary CCRTより手術+RT(or CCRT)を優先できるか？

- 1) 手術を縮小する (RH→準広汎,リンパ節郭清範囲を縮小する)か？
- 2) RT(or CCRT)の照射野,線量を縮小するか？

Breakthrough:

Adjuvant CT instead of Adjuvant RT

53



54

子宮頸がんStageIb-IIaの治療 癌研有明病院 婦人科での取り組み

(2008年以降StageIbは原則としてCCRT)

合併症を減らしQOL改善、根治性の高い治療を目指す
放射線を使用しない治療

術前化学療法

扁平上皮癌 ; イリノテカン・ネダプラチン
非扁平上皮癌; ドセタキセル・カルボプラチン

・・・腫瘍を縮小し
手術合併症を減らす

広汎子宮全摘術

・・・神経温存を目指し
排尿障害を減らす

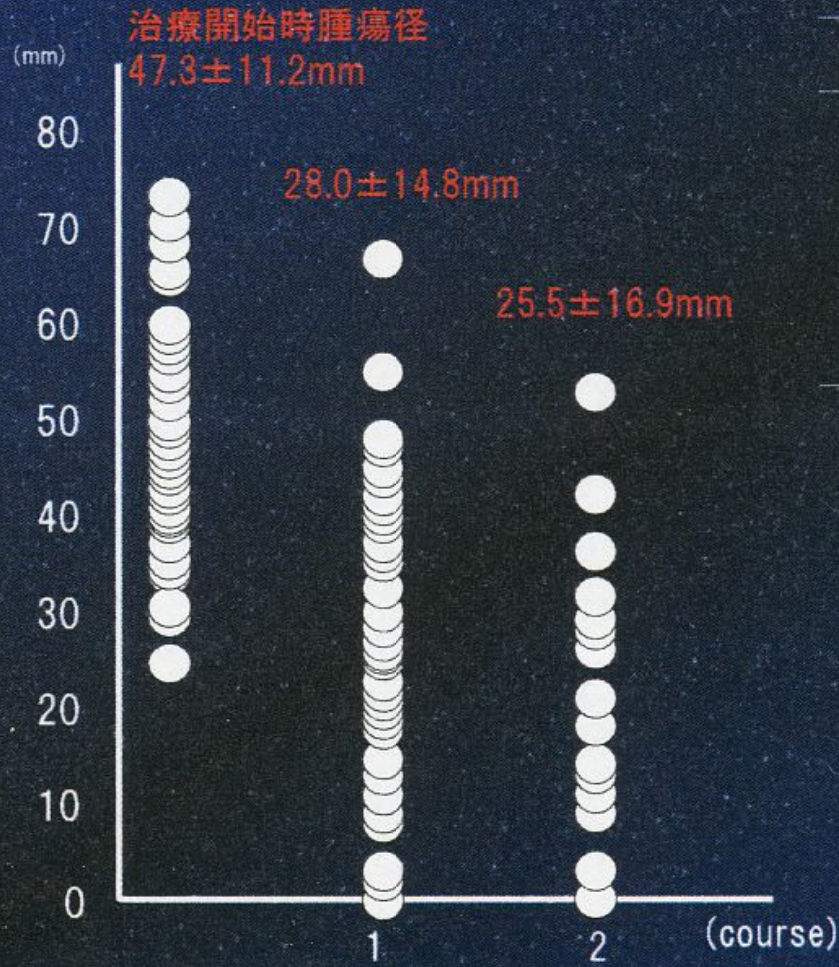
術後補助化学療法

扁平上皮癌 ; イリノテカン・ネダプラチン
非扁平上皮癌; ドセタキセル・カルボプラチン

・・・術後照射に多い
晩期合併症を減らす

35

術前化学療法 効果



術前化学療法施行回数	n
1	27
2	18
3	1
平均投与回数	1.4

CR 3

PR 34

SD 8

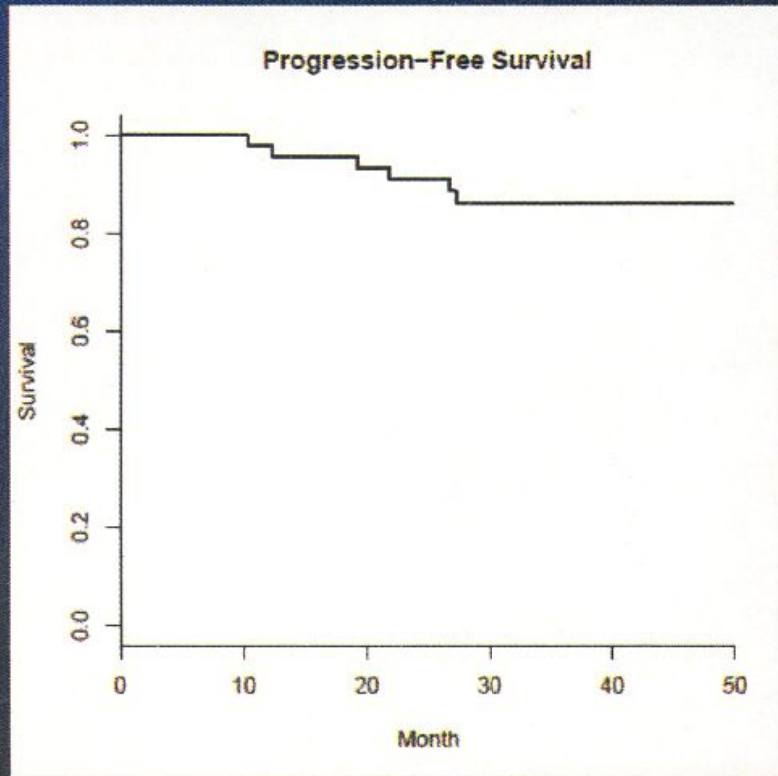
PD 1

奏効率

80.4%

56

Progression-Free Survival



観察期間: 38.8 カ月
(range, 24-54 カ月)

2年PFS: 91.2%
(95% CI: 0.833-0.998)

3年PFS: 86.1%
(95% CI: 0.764-0.971)

57



58

子宮頸がんの治療 -手術か？ 放射線か？-

手術； 利点：病期により縮小できる（0期からIb1期 2 cmまで）
根治切除可能
詳細で正確な診断
若年者で卵巣温存可能
治療期間が短い

欠点：より進行例では後遺症が多い
（神経因性膀胱、リンパ浮腫、リンパ膿瘍）

放射線；利点：比較的非侵襲的（高齢者、合併症のある場合）
手術不可能な進行例を治療可能

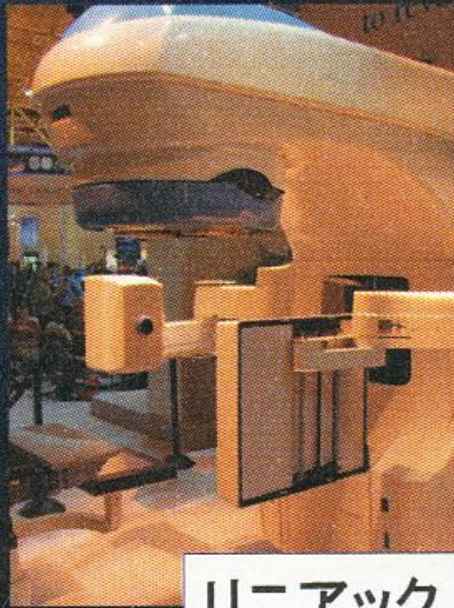
欠点：治療の大きさを調節しにくい
（0期は腔内照射のみ、Ia期以上では外照射 + 腔内照射）
（センターブロックをいつおくかで、BEDが変わるだけ）
治療期間が長い
時間の経過とともに深刻な後遺症
（リンパ浮腫、放射線性直腸炎・膀胱炎）

59

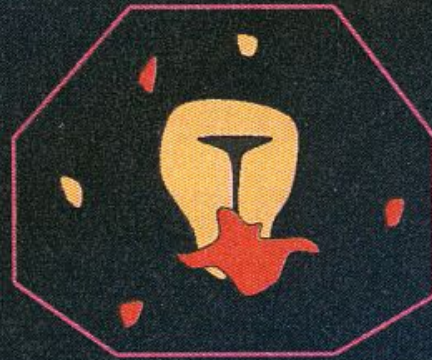
子宮頸がん

・ 外照射

子宮と転移しやすい部位とを まとめて治療する



リニアック



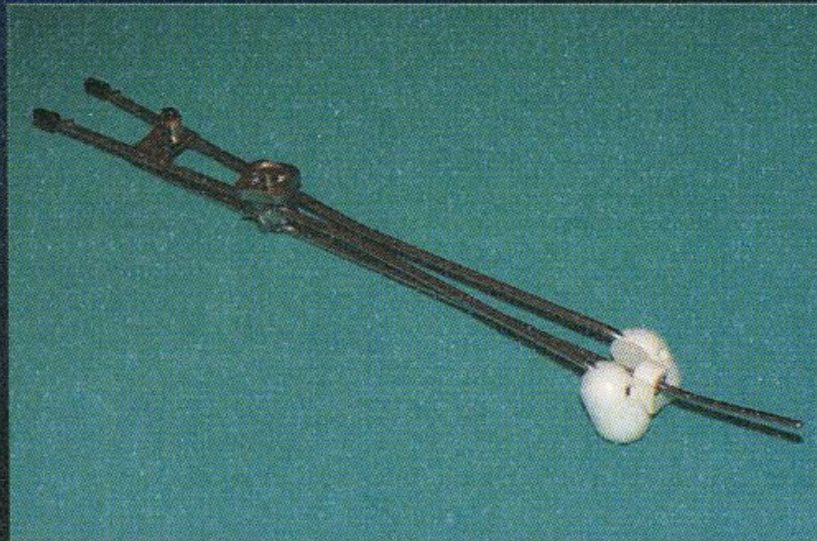
1日1回5分程度

合計5-6週間の治療です。

60

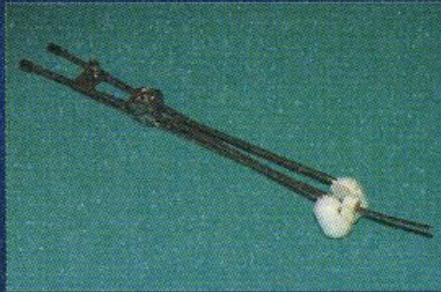
子宮頸がん

腔内照射



子宮と腔に器具を入れて、子宮を直接強く照射します。

⑥



子宮頸がん

腔内照射



週に1回30分程度

合計4-5回の治療です。

外照射の3-10倍の放射線を一度に照射できます。

子宮がん治療の決め手です。

62

子宮頸がん

抗癌剤と放射線の同時併用がトピックス

4580例の解析結果 Green's Lancet 2001

同時併用すると5年生存率が12%上昇する(40%→52%)。

血液毒性(8%→16%)と消化器毒性(4%→9%)は増える。

63



64



あきらめないがん治療
～レスキュー手術について～

平成22年11月6日 吉田記念講堂

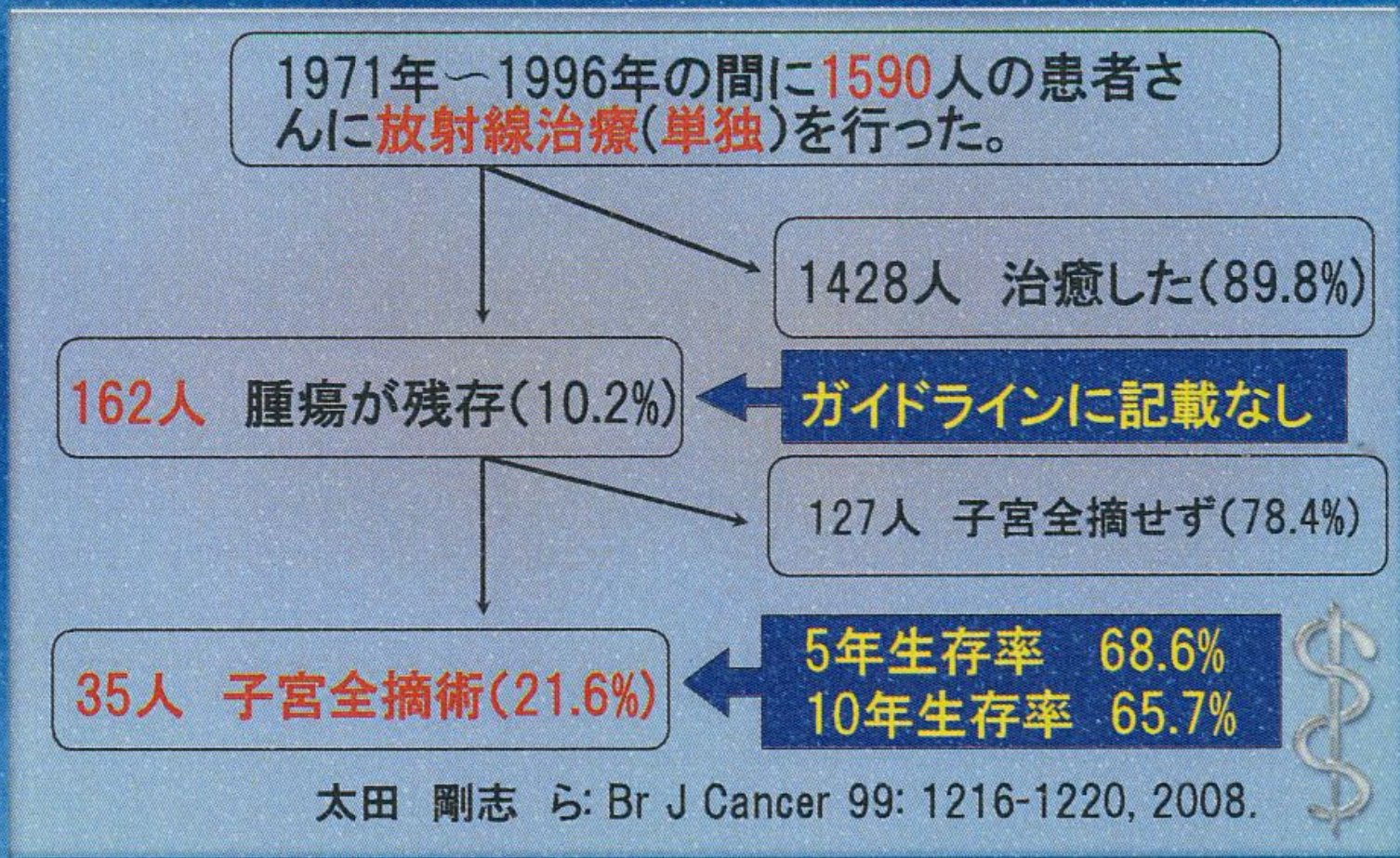
癌研有明病院 婦人科
高田 恭臣



Cancer Institute Hospital

65

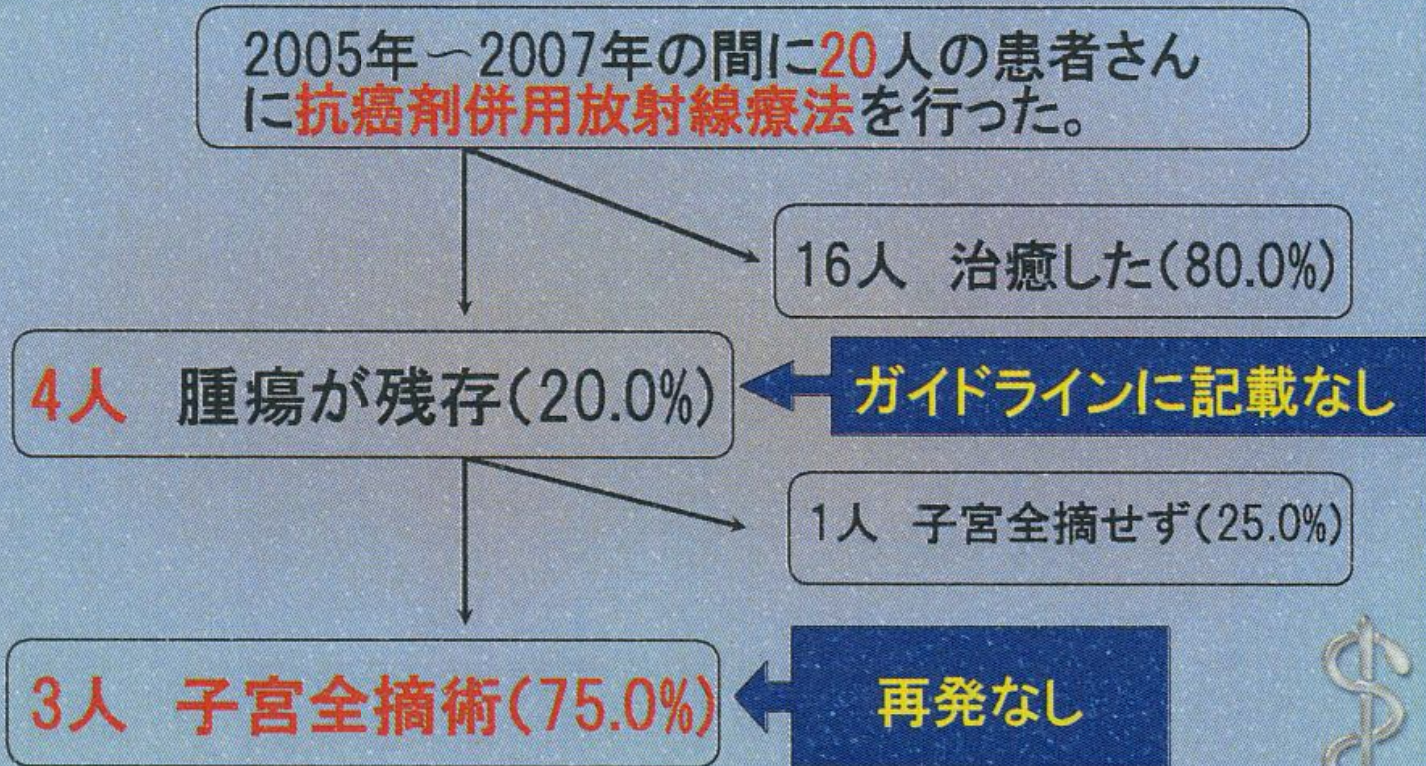
1. 腫瘍残存症例に対する子宮全摘術①



66



1. 腫瘍残存症例に対する子宮全摘術②



67

馬屋原 健司 ら: Int J Gynecol Cancer 19(4): 723-7, 2009



3. 傍大動脈リンパ節再発症例に対するリンパ節郭清術。 症例提示

69歳

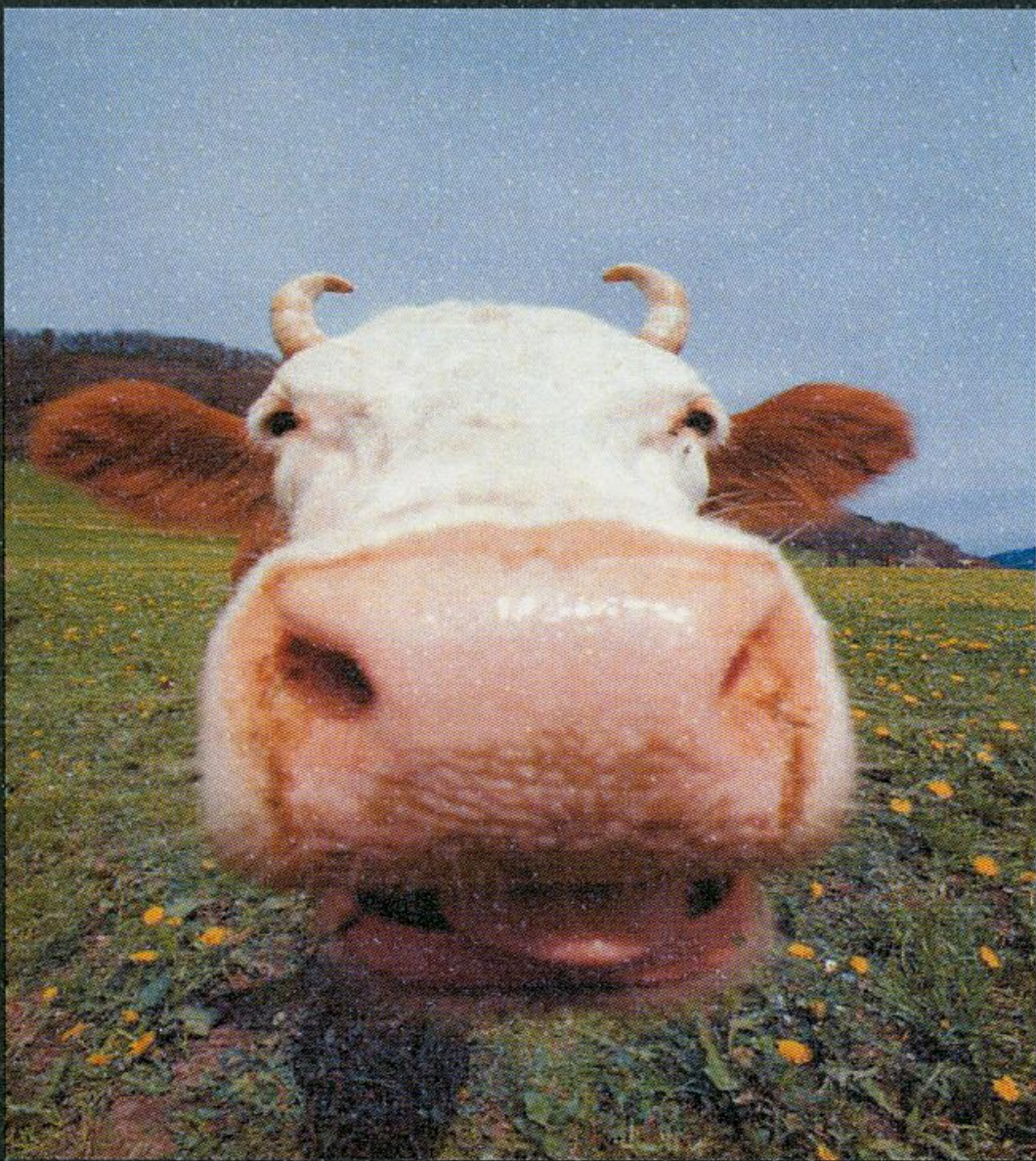
子宮頸癌IIIb期 扁平上皮癌

ガイドラインでは化学療法
(手術)

- 放射線治療後、前回の**照射野に近接した**傍大動脈リンパ節に再発。
- カンプト、ネダプラチン療法5コース**施行。
治療効果を認め、また、傍大動脈リンパ節以外に病変出現せず。
- 傍大動脈リンパ節郭清を行い、肉眼的に完全に腫瘍を切除できた。**
現在、抗癌剤治療を継続中



68



69

4. 通常手術を行わない再発症例に対する子宮全摘術。 症例提示

34歳

子宮頸癌IIb期 扁平上皮癌

- 放射線治療後、**子宮頸部左後壁**に
3cm大の再発腫瘍を認めた。

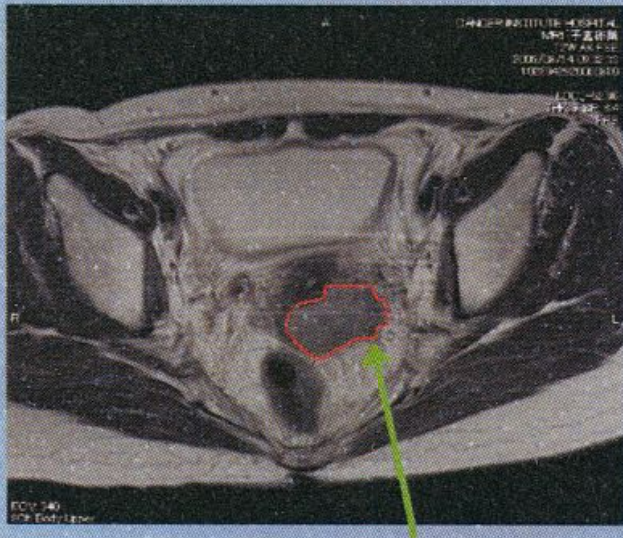
← ガイドラインでは化学療法

- 抗癌剤治療
(S-1内服、TP(タキソール、ブリプラチン)療法)
を行ったが、**完全に腫瘍は消えなかった。**



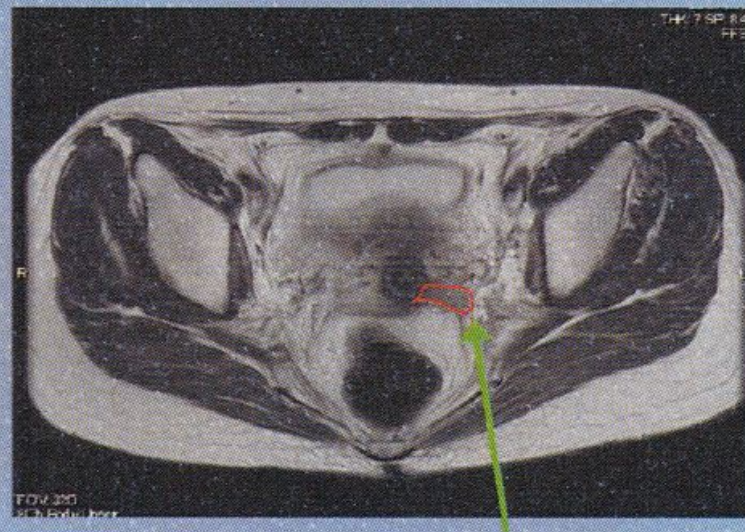
70

MRI



子宮頸部左側後壁の腫瘍は
45x36mmに増大。

S-1 ③コース治療後



造影剤で一部造影される。
残存腫瘍疑い。

TP ⑤コース治療後



71

・TP5コース終了後、患者が手術による子宮と再発腫瘍摘出を希望した。

・抗癌剤終了後、腫瘍が再度増大する可能性が考えられた。

手術の適応について、婦人科、放射線治療科で話し合った。



22

子宮を摘出するにあたっての問題点

- ・ 内診所見、MRIでは子宮頸部の再発腫瘍は骨盤壁まで到達している。
- ・ 子宮頸癌根治照射後であり、子宮全摘術が困難

→子宮摘出後も骨盤壁に腫瘍が残存する可能性がある。

手術と組織内照射を併用する方針となった。



73

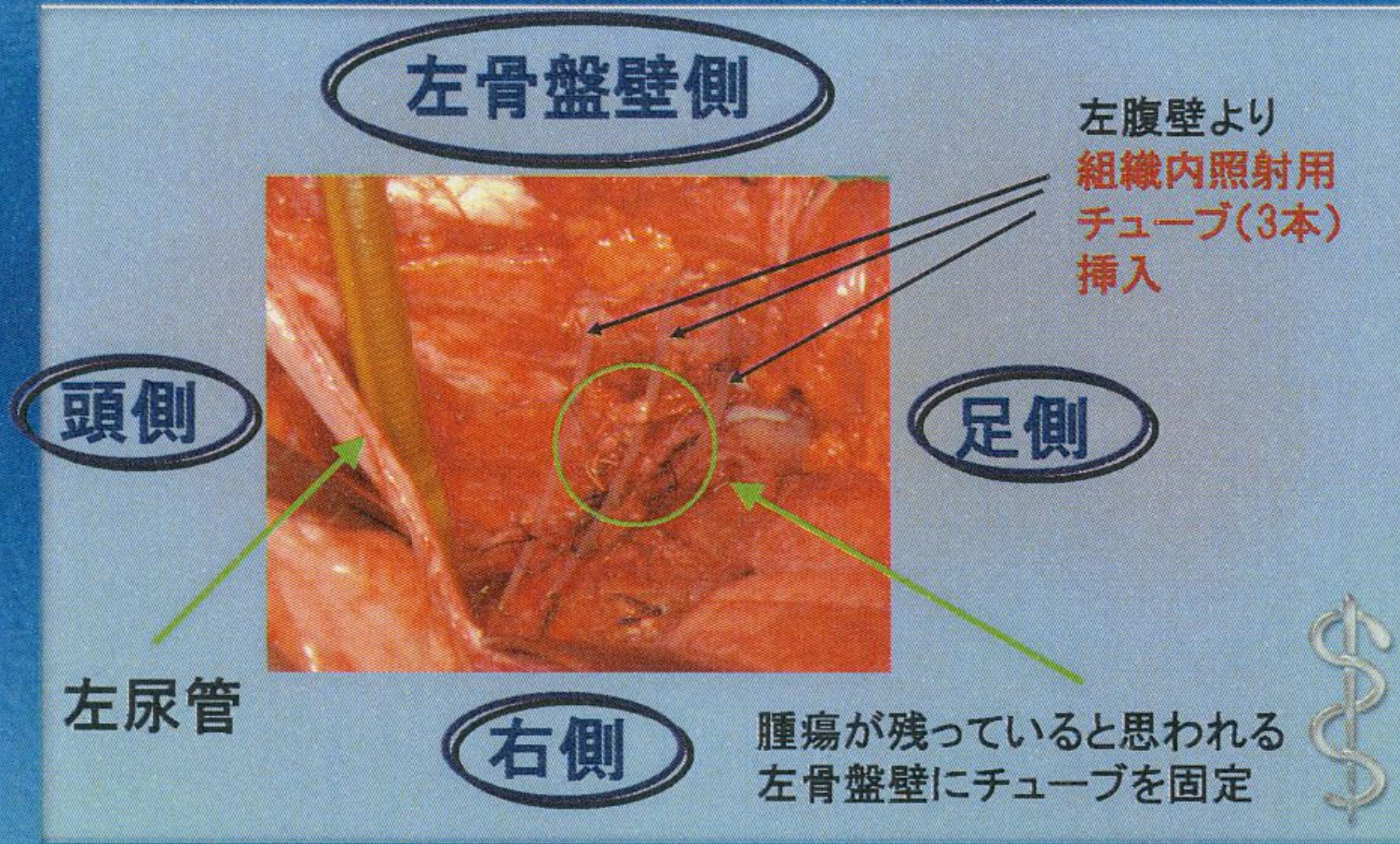
広汎子宮全摘術＋組織内照射チューブ留置

- ・ 骨盤リンパ節郭清は施行せず。
- ・ 両側尿管に尿管ステント留置
- ・ 出血量:430ml 手術時間:5時間54分
- ・ 基靱帯骨盤側断端は硬く、骨盤壁付近まで索状に触れた。



74

組織内照射用チューブを留置した。



75

尿管が照射野内に入らないようにバルーンを留置した。

左側骨盤壁側

頭側

足側

ドレーン

左尿管

右側

バルーン

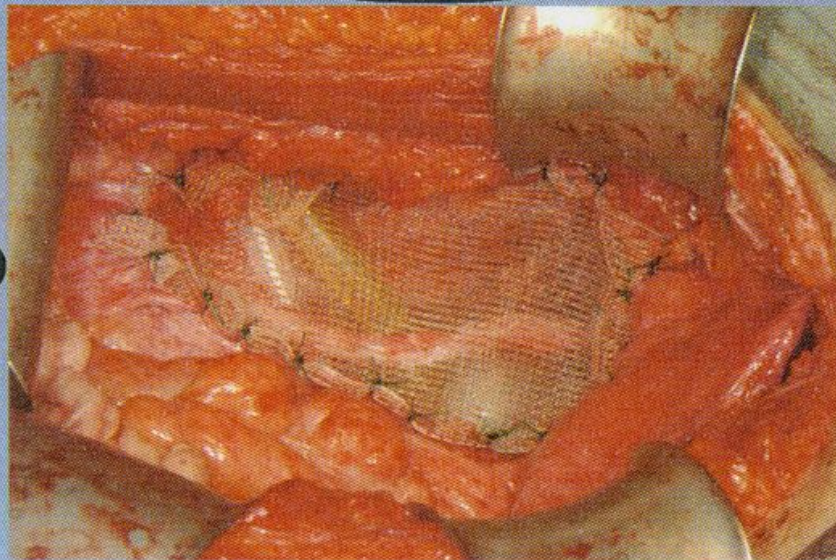


76



腸管が照射野内に入らないように、さらに上からプロリンメッシュで覆った。

左骨盤壁側



頭側

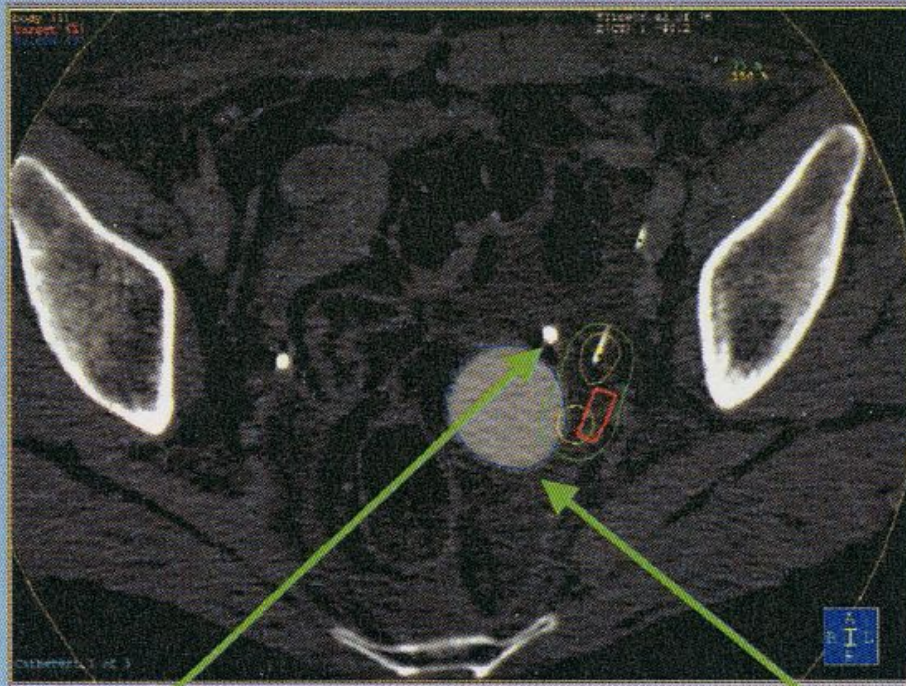
足側

右側



77

照射計画



左尿管

赤枠: ターゲット
黄枠: 12Gy照射野
緑枠: 6Gy照射野
→ターゲットが全て
6Gyの照射野に
含まれる事を確認。

バルーン



78

組織内照射とその後の経過

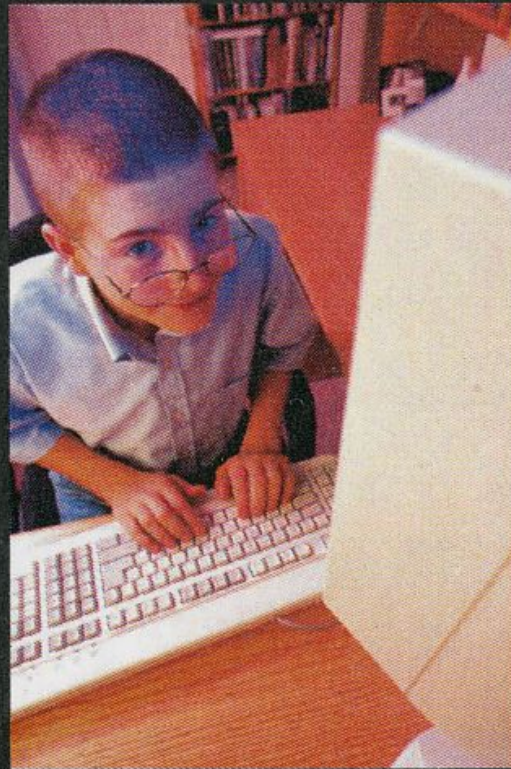
- ・ 術後4日目より、チューブの中に線源を入れて、左骨盤壁を照射した。(42Gy/7回)
- ・ チューブ抜去後8日目、術後31日目に退院。以降、外来経過観察となった。

その後、今日まで約4年経ったが、

- ・ 再発所見なし。
- ・ 手術と放射線照射による合併症や後遺症を認めていない。

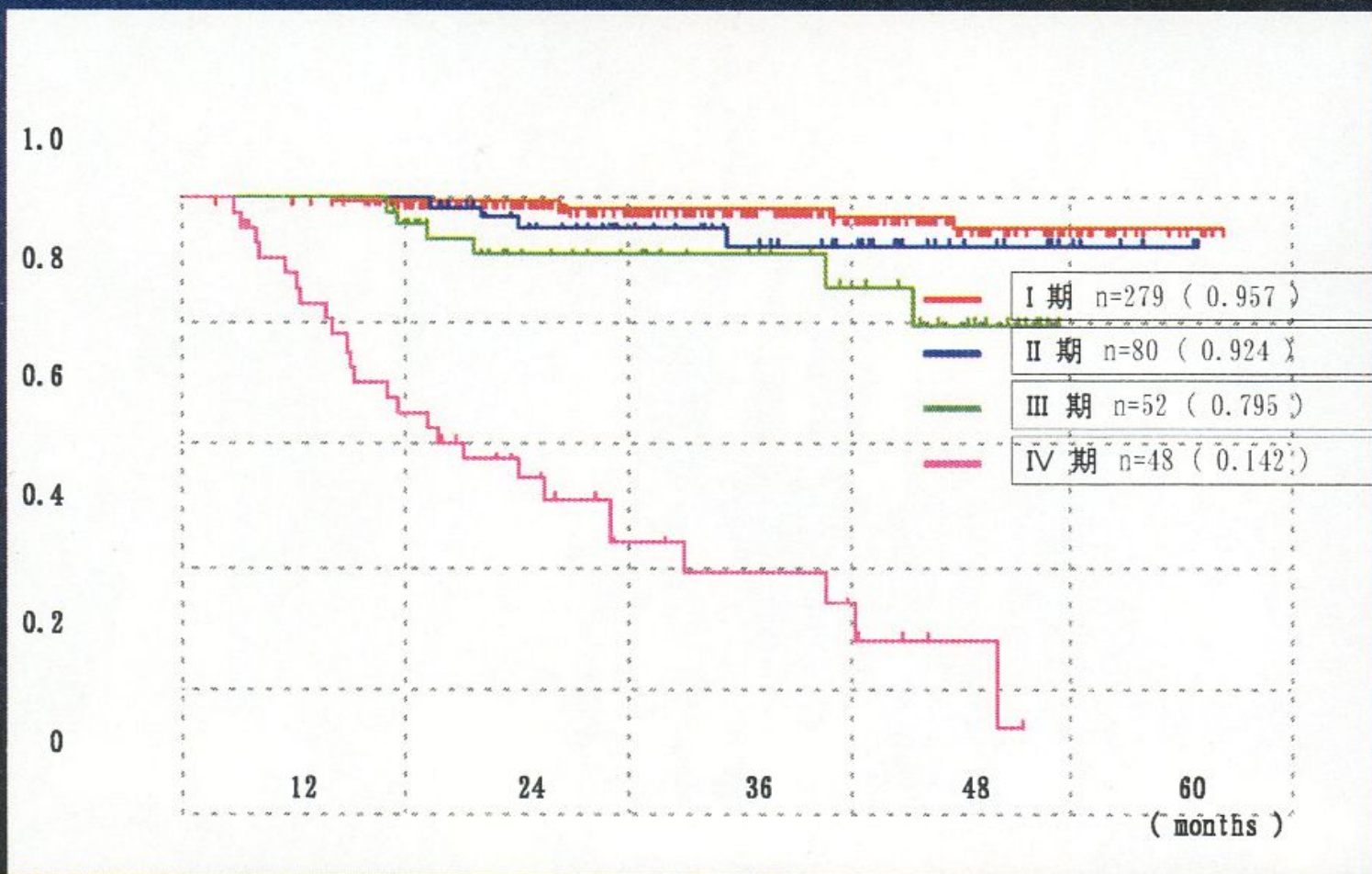


79

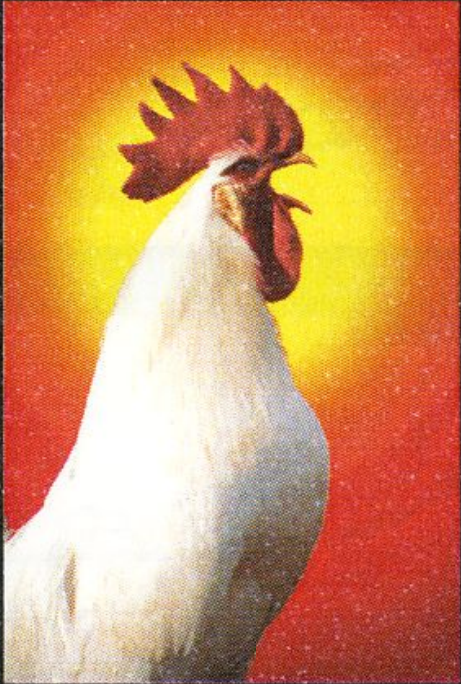


AO

子宮頸がんの累積生存率

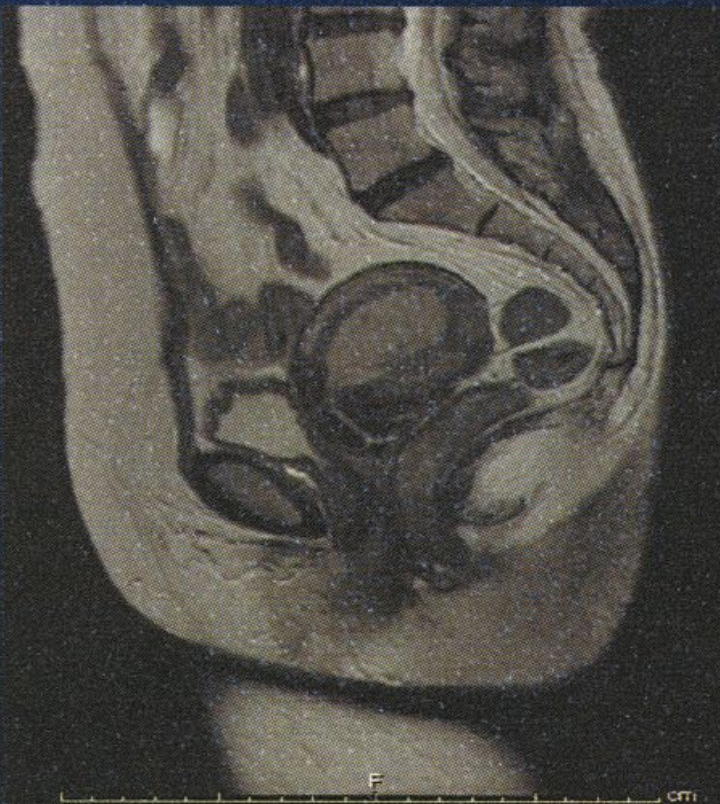


81

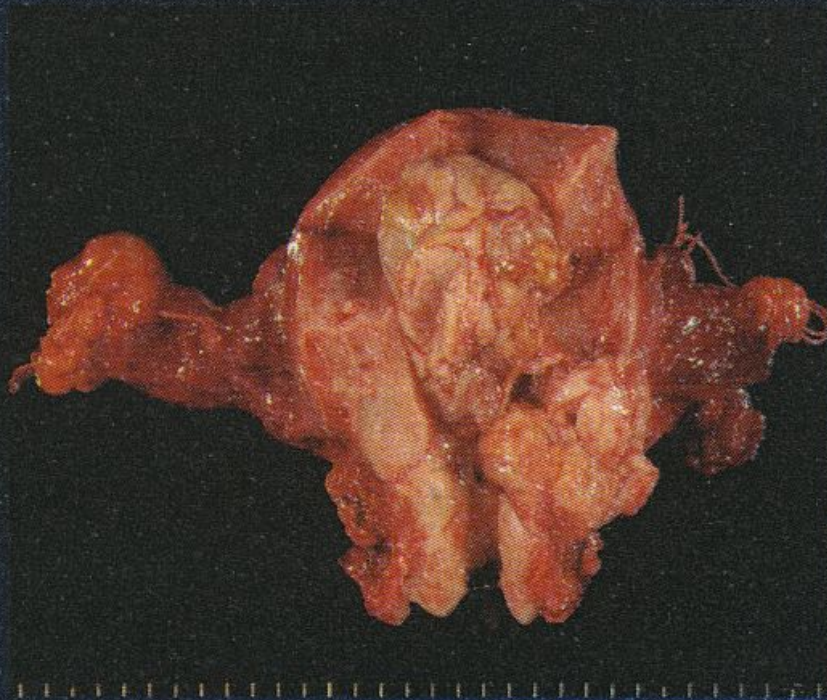


A2

[子宮肌瘤] →



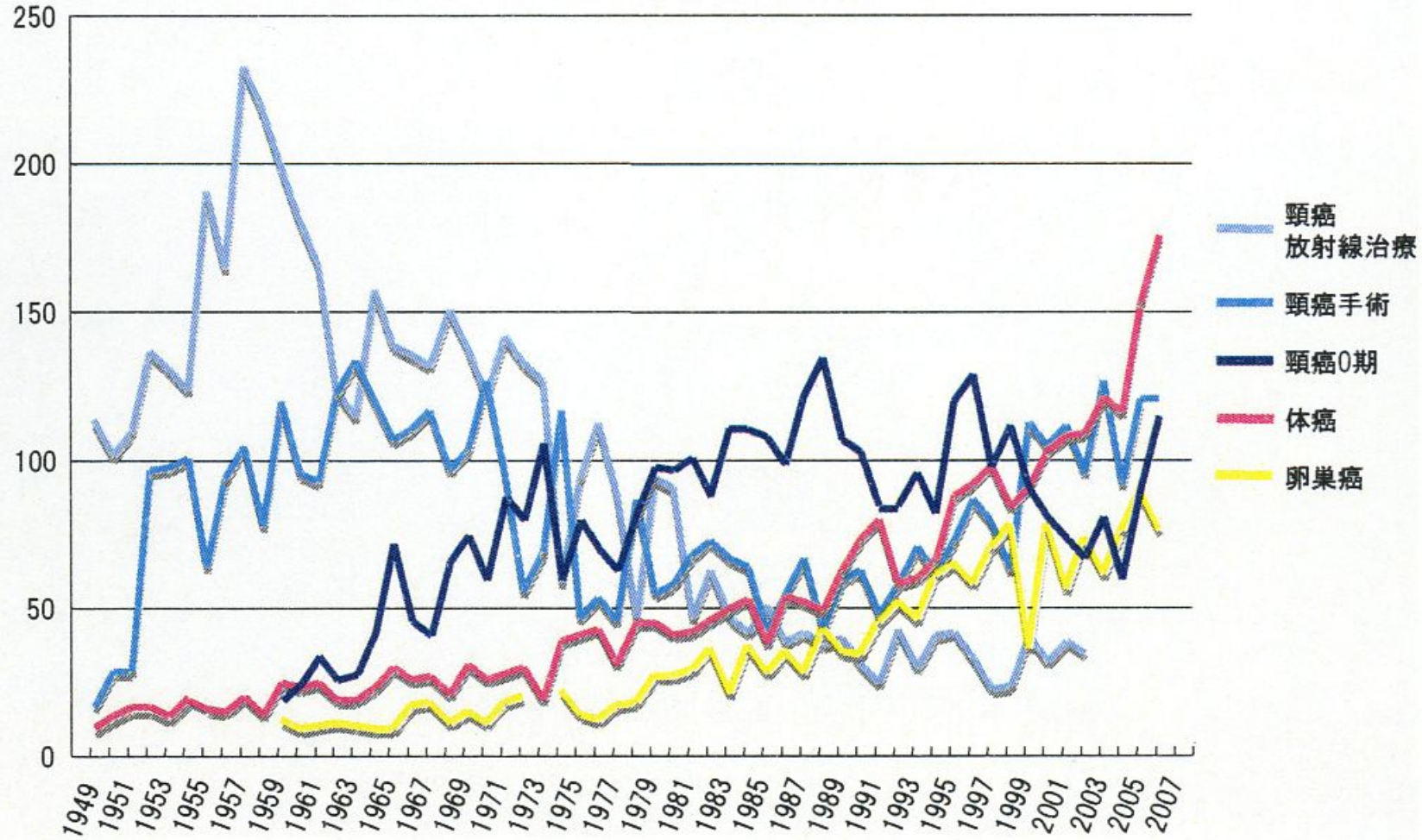
T2強調矢状断像



A3

体がんの治療(開腹手術)件数が最も多い。

(例数)



子宮体がん

unopposed estrogen; 拮抗されないエストロゲン
(黄体ホルモンで中和されないエストロゲン)

若年女性で無排卵性月経
閉経前後の女性

複雑型子宮内膜異型増殖症 (子宮体がん0期)
→子宮内膜癌; I型体がん

前駆病変無し of 突然の癌化
de novo 子宮体がん; II型体がん
予後の悪い特殊型が多い

AS

診断の遅れ

子宮頸がんは大部分は適切に診断できる

圧倒的にpatient's delayが多い

しかし、子宮頸管内から発生する腺癌ではdoctor's delayがある
「半年前の受診時に接触出血があると訴えたのに……」

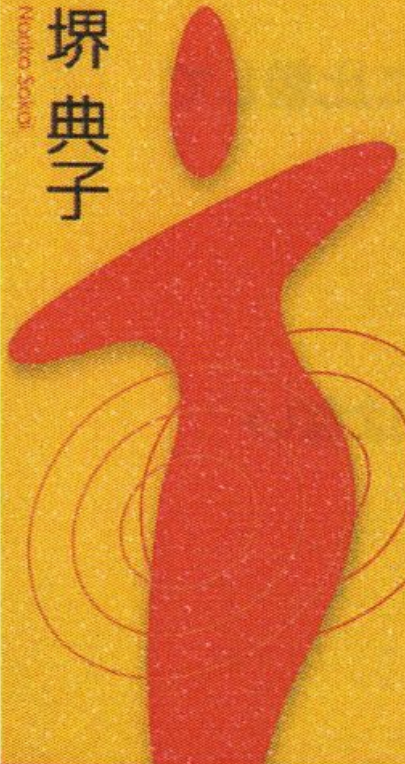
子宮体がんは診断が遅れやすい

patient's delayも doctor's delayも多い

「閉経後なのに時々不正出血があると訴えたのに……」

AG

堀典子
MORIKO SAKI



子宮体がん手術と抗がん剤治療を終えて

子宮は二つ、 子宮がんは二つ

子宮は二つ、子宮がんは二つ
子宮体がん手術と抗がん剤治療を終えて

ISBN4-8355-4090-5
C0095 ¥1200E

9784835540900

1920095012001

文芸社
定価(本体 1,200 円 + 税)



A7

「残念ながら99%がんです」
年に一度の人間ドックを欠かさず、子宮ガン検診でも
「異常なし」で安心していたのに、**なぜ？**

体がんで手術を受けた著者が
女性たちに贈る体験記

[子宮がんには二つある、子宮頸
がんと体がん。人間ドックや
市町村の検診では子宮の入り口
の頸がんしかチェックされない]

文芸社 * 定価(本体 1,200 円 + 税)

文芸社

堀典子

文芸社

文芸社

素直な、かつ前向きな思考を！

ある事態、それが私の運命であるなら、
それを受け入れて
そのなかで楽しく生きていこうというのが
私の生き方である。このノータンキさが、
逆に私の生命を支えてくれたのかもしれない。
—「むすび」より—

診断が遅れる原因

1)適切な検診が行われていないこと

子宮頸管内や子宮体部腔内にブラシを挿入して
細胞を採取していない

2)疑わしい細胞診断結果が出ているのに組織採取検査が 行われていない

子宮腔部;コルポスコープ診+狙い組織診

子宮頸管;子宮頸管内膜ソーハ診

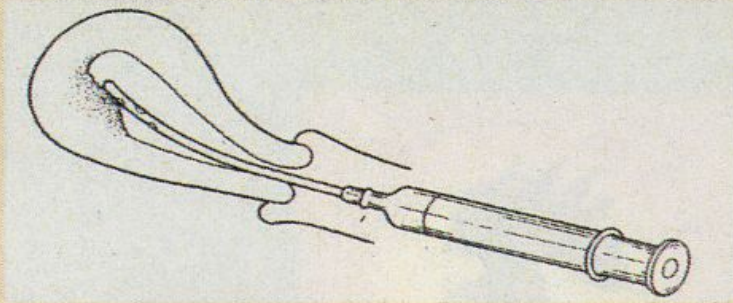
子宮体部;子宮内膜ソーハ診

3)痛みに弱い患者さんからのクレームが怖い医師

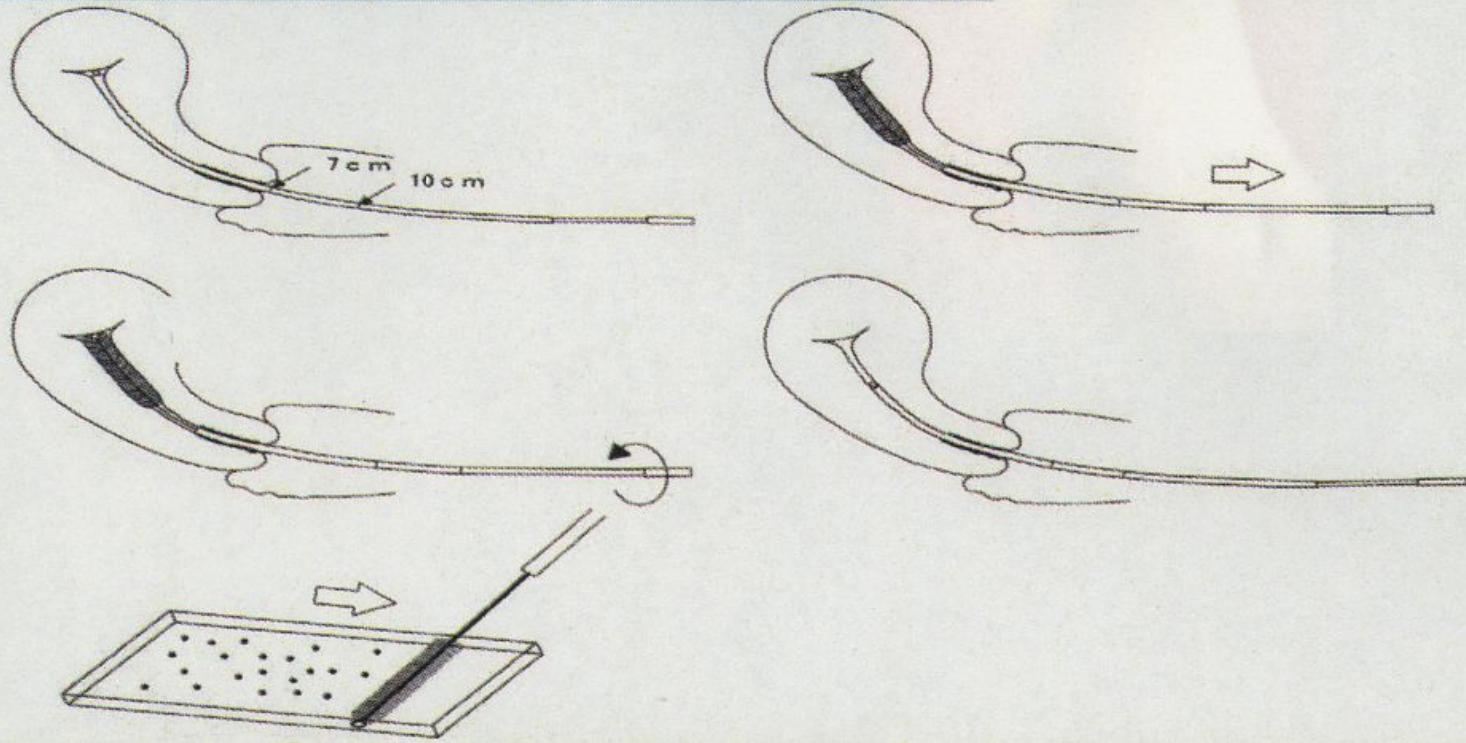
観血的処置を嫌がる患者さんと医師

As

1. 吸引法 (増漕式)



2. ブラシ法 (オネストスーパーブラッシュ)



AG



90

内膜細胞採取器具の工夫

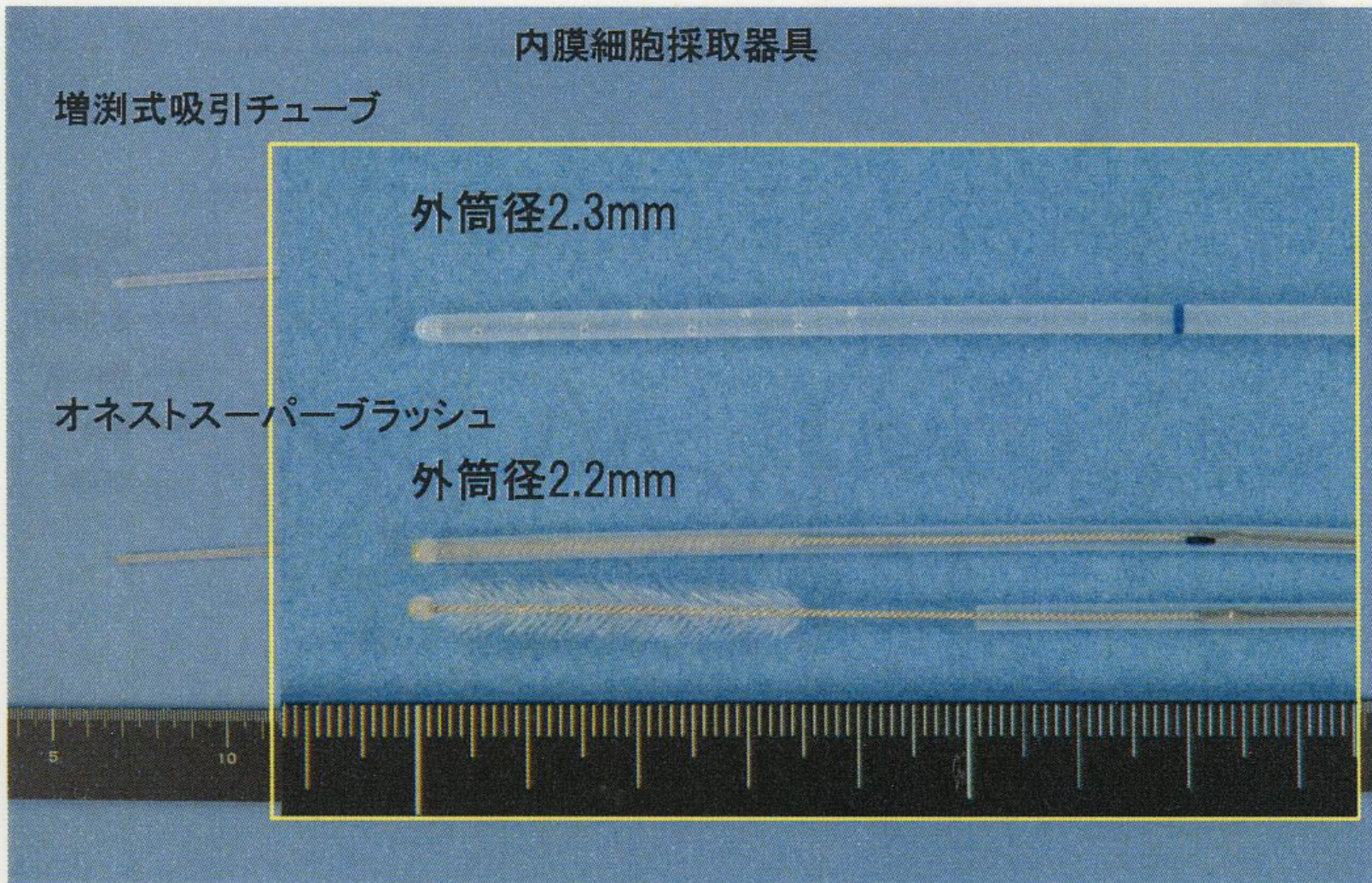
内膜細胞採取器具

増漉式吸引チューブ

外筒径2.3mm

オネストスーパーブラッシュ

外筒径2.2mm

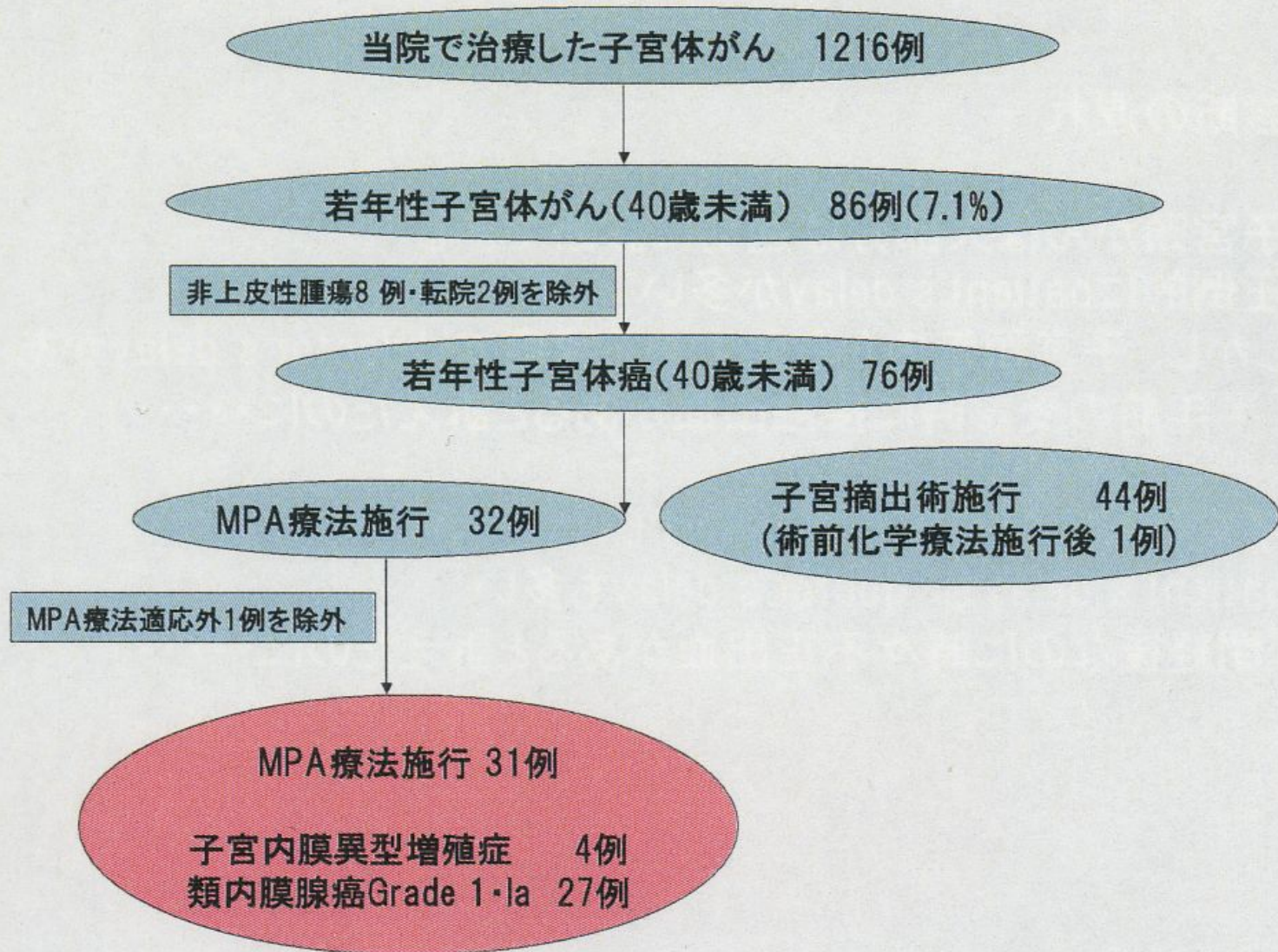


91

当院での経験

2000年1月から2009年12月の10年間
観察期間 2010年04月30日まで

92



93

当院におけるMPA療法の適応

- ①患者さんの強い希望
- ②子宮内膜全面搔爬術にて子宮内膜異型増殖症または類内膜腺癌Grade1の診断
- ③画像診断上の推定進行期Ia期
- ④MPA禁忌ではない
 - 術後1週以内
 - 血栓性疾患とその既往
 - 動脈硬化
 - 重篤な心疾患
 - ホルモン剤使用中
 - 重篤な肝障害

94

MPA療法は

- 1)奏功率約60%
- 2)奏功例の約半数が治療終了1年以内に再発
- 3)寛解後再発例は難治性
- 4)長期寛解例は全体の30%

>

② 本来は危険な治療であるという認識
終了後可及的早期に妊娠をめざすべき

95

MPA療法後子宮摘出術群は初回子宮摘出術群に比較して
高率に卵巣悪性病変を合併 (27.8% vs 11.6%)

>

MPA療法開始後は

- ①異時性卵巣悪性病変出現に嚴重注意
- ②子宮摘出術施行時に付属器温存を行うべきではない
- ③摘出卵巣の詳細な病理学的検索が必要

96

MPA療法後リンパ節転移例が存在 (11.1%)

>

リンパ節転移例存在の確かなICが必要
(肥満症例などやむを得ずリンパ節郭清を省略する例の存在)

MPA療法後癌死例の存在

>

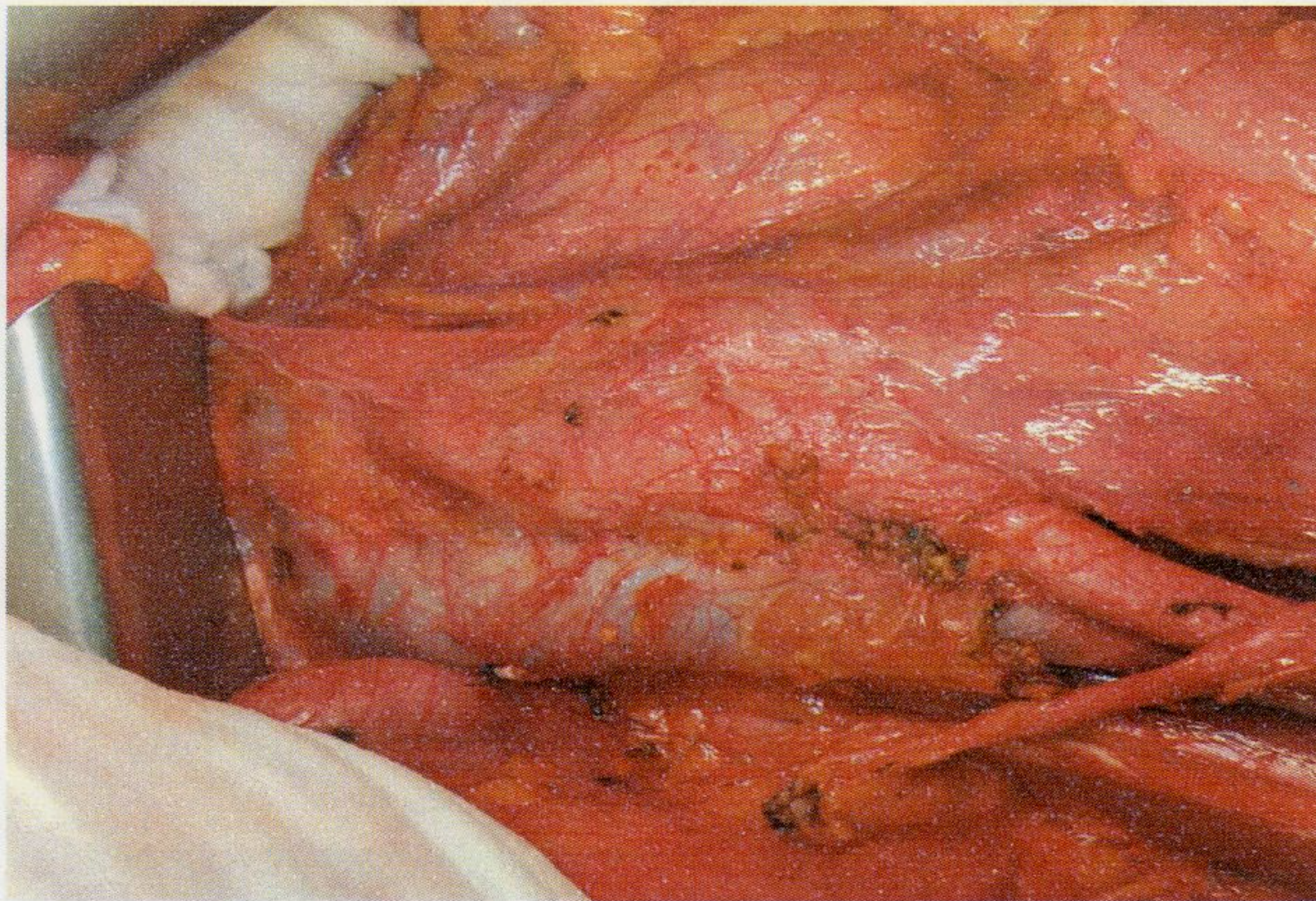
長期にわたる嚴重follow

子宮体がんの臨床進行期別頻度 (CIH)

子宮体がん (期)	2005	2006	2007	2008	2009
0	2	4	2	3	3
I	69	73	86	92	106
Ia	24	26	34	32	55
Ib	34	30	33	47	38
Ic	11	17	19	13	13
II	6	10	9	8	7
IIa	0	3	7	5	3
IIb	6	7	2	3	4
III	23	38	40	32	54
IIIa	11	25	21	17	30
IIIb	0	0	0	0	1
IIIc	12	13	19	15	23
IV	2	7	6	5	4
IVa	0	2	1	0	0
IVb	2	5	5	5	4
子宮がん肉腫	7	14	14	9	13
子宮肉腫	1	3	13	2	1
合計	110	147	170	151	188

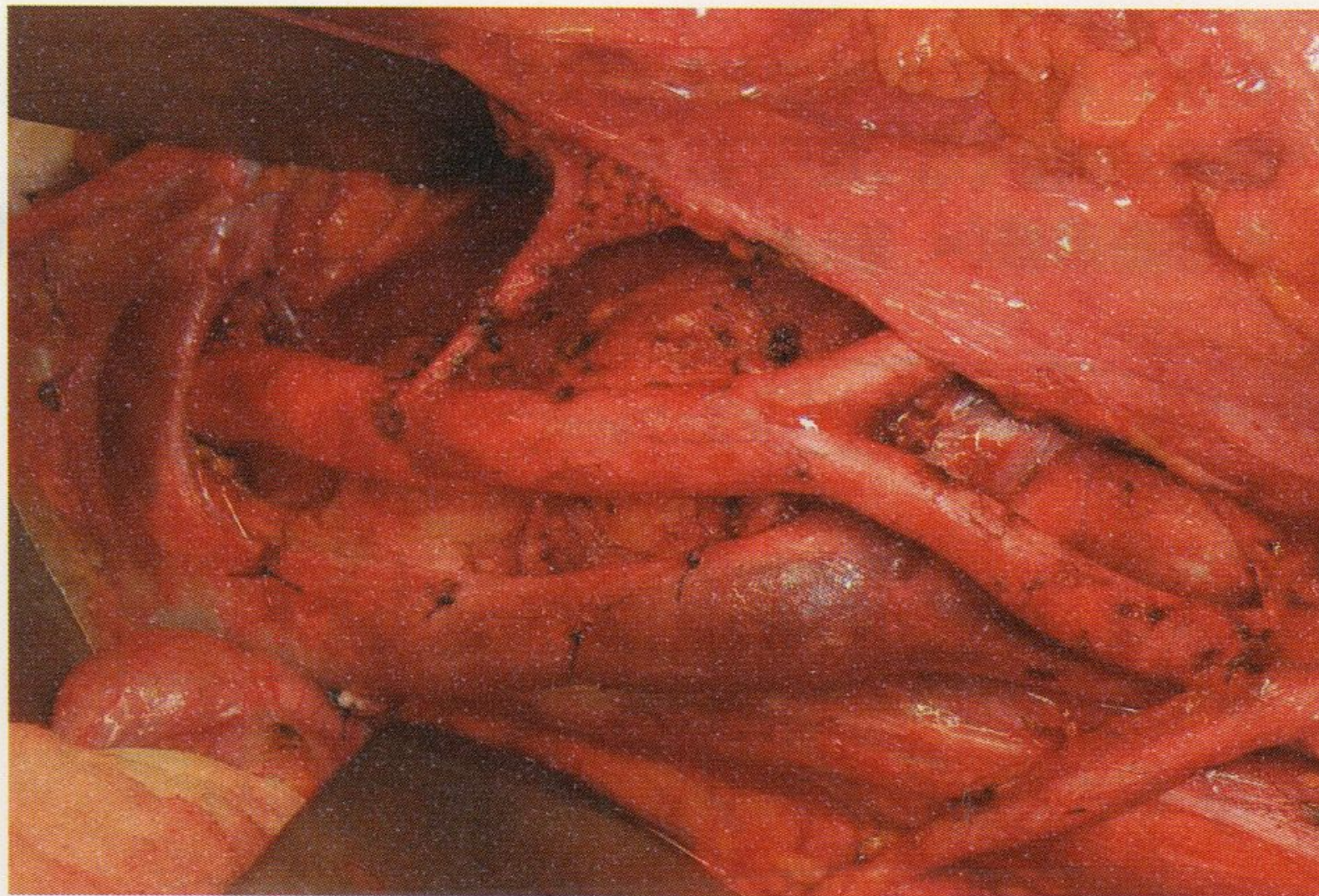
97

傍大動脈リンパ節郭清 開始前



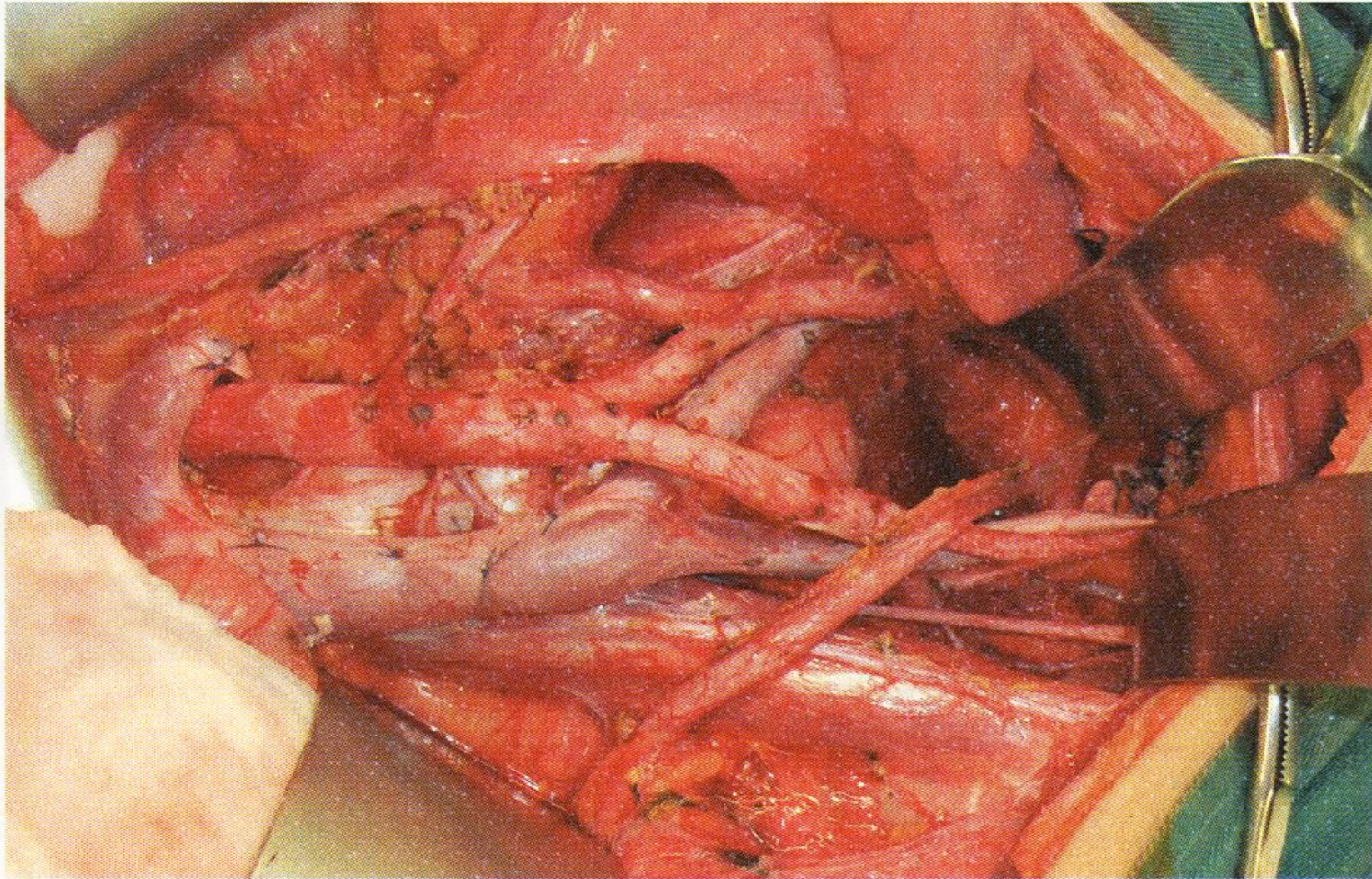
②

傍大動脈リンパ節郭清 終了後



99

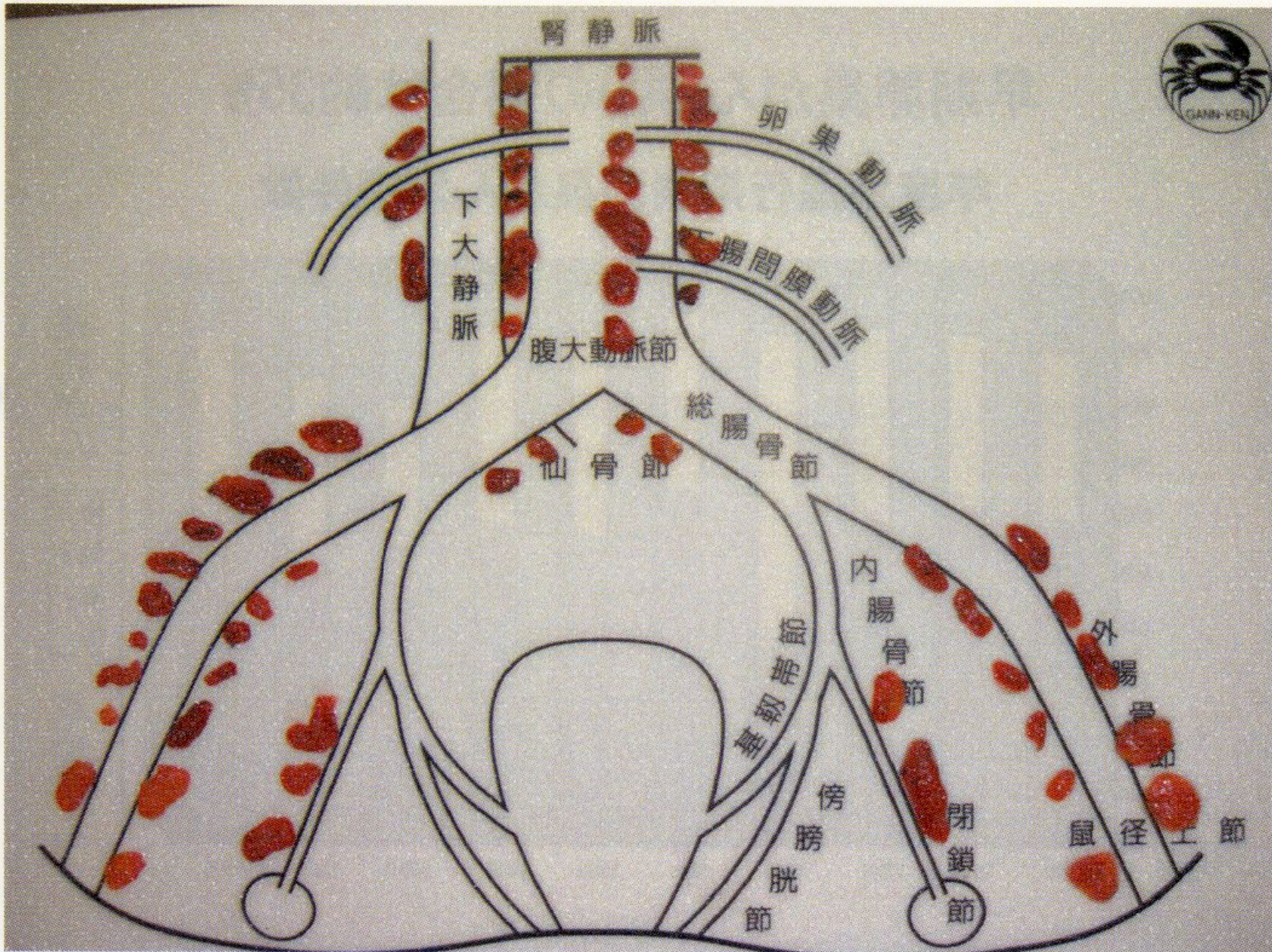
骨盤内～傍大動脈リンパ節郭清 終了後



100



101



◎ 癌研では、第一大動脈リンパ節の廓清に力をいれている。

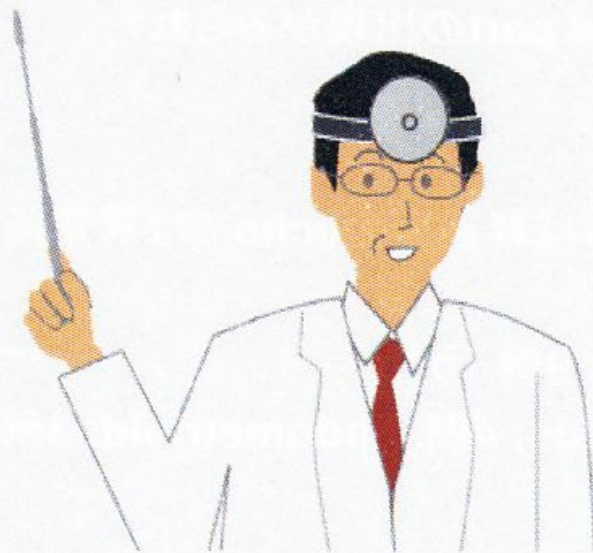
2007年の当院における手術術式による 手術時間・出血量・輸血率の比較

手術術式	症例数	手術時間 (min)	出血量(ml)	輸血
mRH	31	155 (80-317)	337 (8-1850)	5 (16%)
mRH + PLA	76	274 (148-550)	443 (70-2130)	27 (35%)
mRH + PLA + PALA	50	395 (261-571)	793 (270-2390)	30 (60%)

102

日本では、治療は手術がメインで術後の補助療法として抗がん剤が使われるのが主流です。

一方、欧米は放射線と手術がメイン。手術後、放射線治療を補助療法として照射することが標準的です。



103

子宮体がんの5年生存率

(かなり良い)

104

進行期	癌研 (1991-2000)	欧米 (1994)
I 期	98.3%	86%
II 期	84.4%	66%
III 期	79.8%	44%
IV 期	9.1%	16%

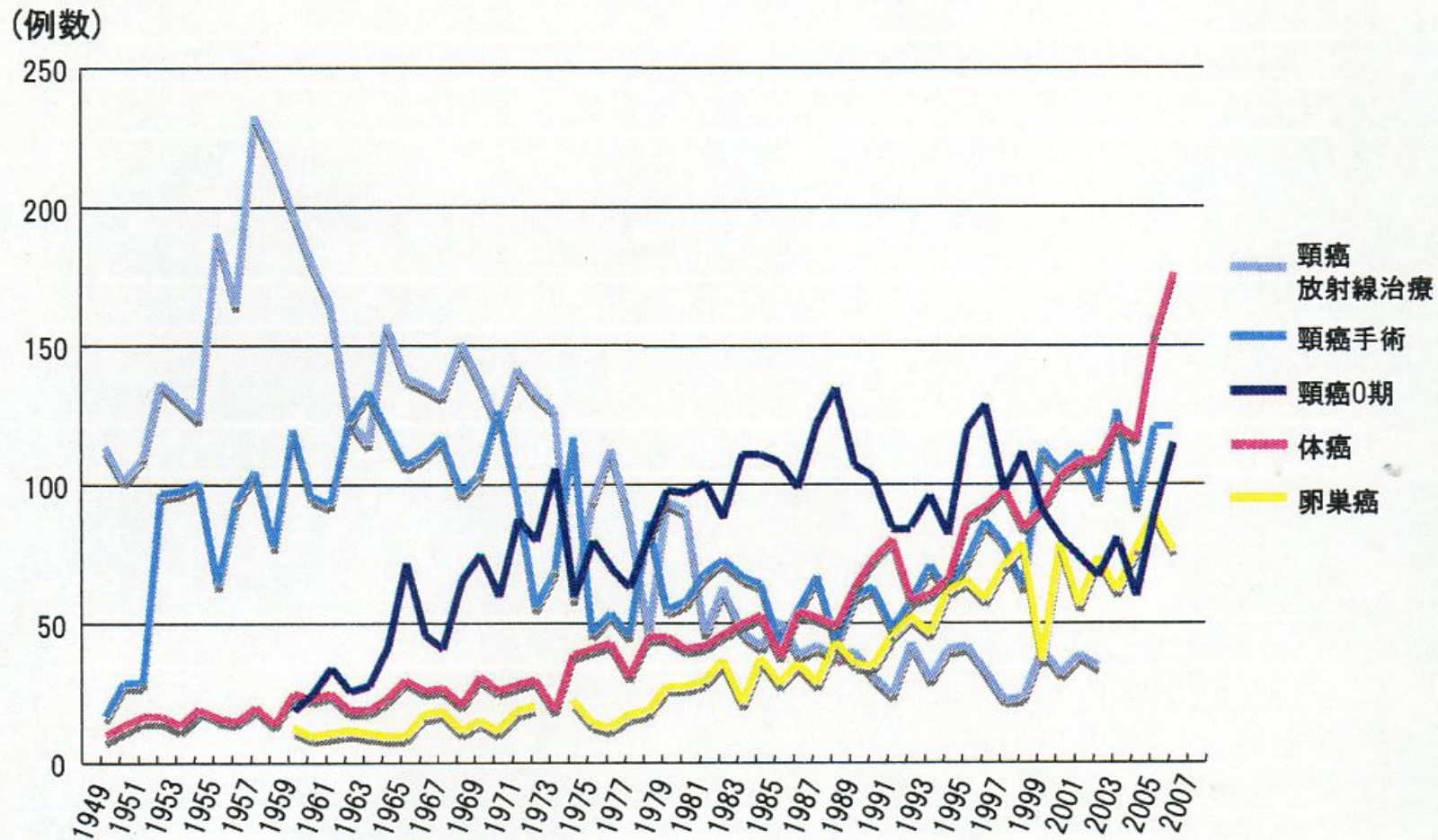
治療では、リンパ節郭清の有用性大 (#)



105

[卵巣癌] →

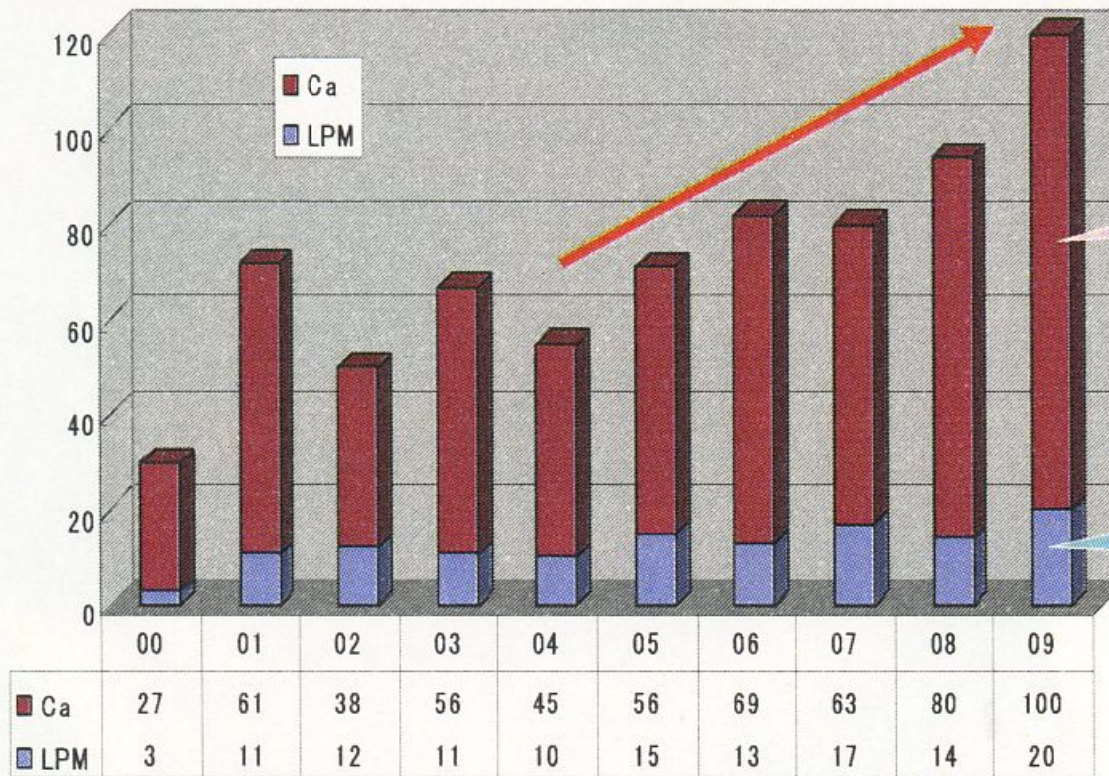
卵巣がんは増加している。



106

■ 卵巣がんの罹患数： 毎年約8000人と推定
 増加の一途をたどっている

当院での2000～09年の上皮性卵巣がん症例数



107

悪性

境界悪性

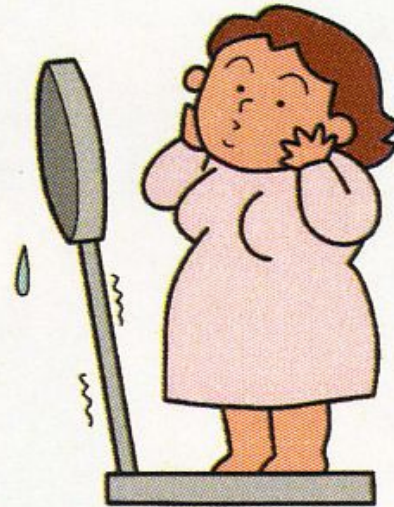
適切な検診法がない。

- ・ 症状： 初期の頃はほとんど無症状。
腫瘍が大きくなったり、腹水がたまってくると
腹部膨満感(= 苦しい)が出現する。

10A

最近太ったかしら？

その結果、
半数以上がⅢ、Ⅳ期の進行がんで
みつかる...

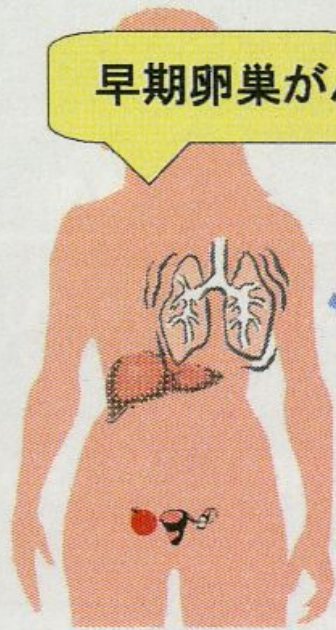


② 卵巣癌の 1/3 は 無症状！

卵巣がん進行期 (1988 FIGO分類)

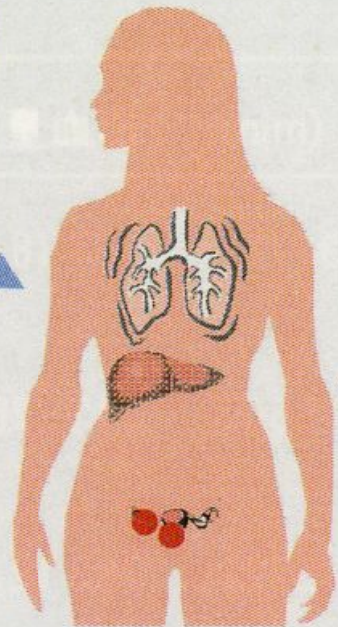
I期
卵巣に限局

早期卵巣がん



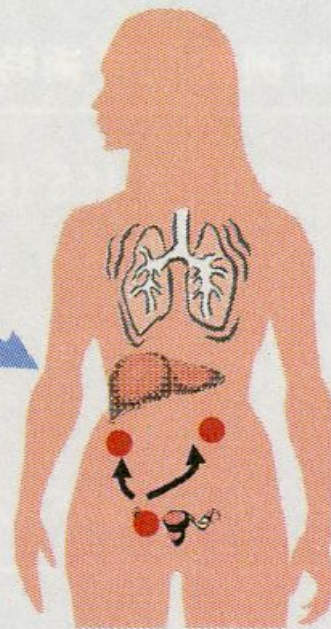
腹水貯留はIC

II期
骨盤内進展



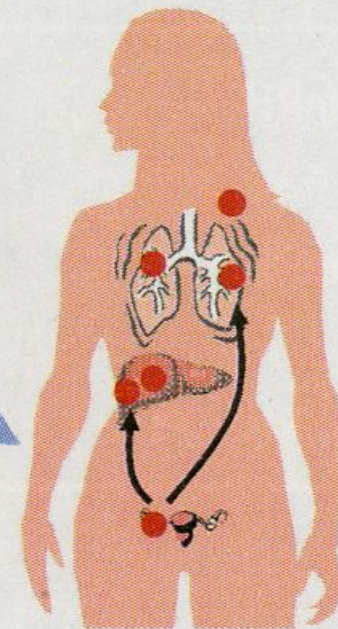
骨盤内臓器転移

III期
腹腔内進展



腹膜播種

IV期
遠隔転移

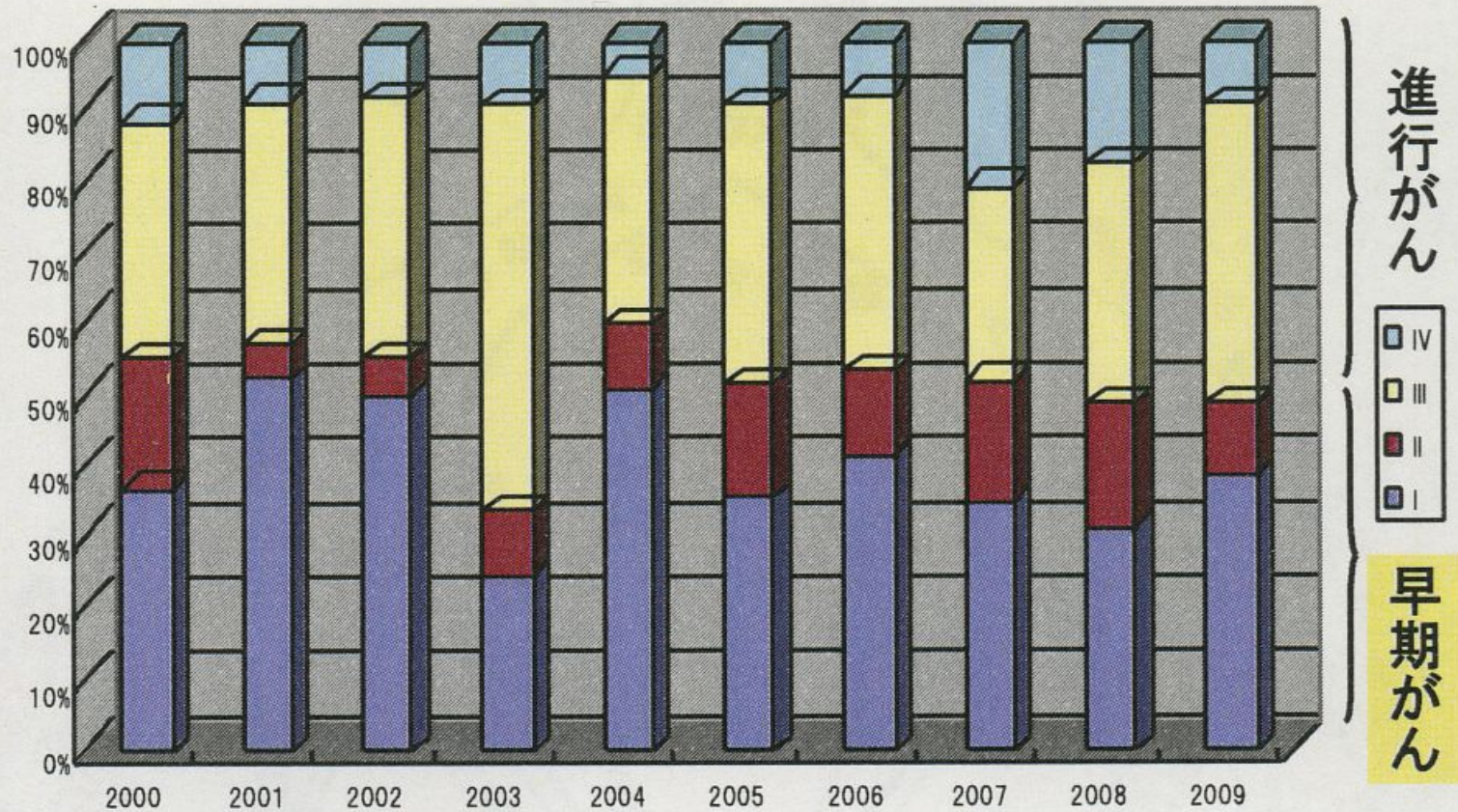


胸水、肝転移など

109

早期卵巣がん(I期)の割合は約35%

年度別進行期別卵巣がん治療件数



110

初診(診断)時の主訴(2009年症例*)

症状なし	38例	検診(人間ドック等)	23例
		良性疾患の経過観察	9例
		他科の画像診断で異常	6例
症状あり	75例	腹痛、急性腹症	23例
		腹部膨満感、腫瘤感	23例
		不正出血	15例**
		遠隔リンパ節腫大	3例
		月経異常	3例
		息切れ、呼吸困難感	2例
		便秘、頻尿	2例
		食欲低下	2例
		下肢浮腫	2例

Ⅲ,Ⅳ期:
11例(29%)

Ⅲ,Ⅳ期:
38例(51%)

111

*不明の7例を除く、** うち6例に子宮体がん合併

Toward understanding the natural history of ovarian carcinoma development: a clinicopathological approach

Akiko Horiuchi, M.D, Ikuo Konishi, M.D.

(Gynecologic Oncology, 88, 2003; 309-317)

開腹手術を行い組織学的に証明された卵巣癌 543例、LPM 252例のうち手術から1年以内に経腔超音波を施行していた症例が49例ある。

卵巣がん: 35例 のうち、

19例(54%)は良性腺腫や内膜症性嚢胞の経過観察中に、腫瘍サイズの増大やsolid partの出現がみられた。

(adenoma-carcinoma sequence)

16例(46%)は経過中のechoでは異常所見なし。

(de novo carcinogenesis)

serous: 9例 (うち8例はⅢ期)

mucinous: 4例, endometrioid: 3例(すべてⅠ期)

検診の限界!!

112

卵巣癌の健康について



良性腫瘍から続発する卵巣がんと 突如として発生する卵巣がん

卵巣がんのなかには、**良性の腫瘍からがんに変わっていくタイプ**のものが半分近くある一方、**突如としてがんが発生し、まだ卵巣のがん自体は小さいのに、骨盤や腹腔内に急激に広がる**ものが少なからずあります。**後者のタイプの卵巣がんを検診で早期診断することは現状では困難と考えられます。**経腔超音波診断、血中腫瘍マーカーの測定を一次検診として組み込めば、多少とも正診率は改善しますが、費用の増加に見合う成果が少なすぎるのです。(卵巣がんになる確率は自動車事故に遭う確率よりも少ない) (以上、日本婦人科腫瘍学会HPより抜粋)

113

無症状の一般女性を対象とした公的な卵巣がん検診制度の構築は難しい。

婦人科医の役割

- 良性腫瘍から続発する卵巣がんは早期発見のチャンスがある。 *腫瘍の増大、充実部の出現等に注意！*

内膜症性嚢胞→明細胞腺がん、類内膜腺がん
粘液性嚢胞腺腫→(LPM)→粘液性腺がん

- de novo typeの早期発見は現状では困難。

家族歴を背景とする漿液性腺がん

- ・第一度近親者に卵巣がんあり→3.1倍
- ・第二度近親者に卵巣がんあり→2.9倍
- ・近親者に2人あるいは3人の卵巣がんあり→4.6倍

卵巣がんや乳がんの家族歴に注意！

114

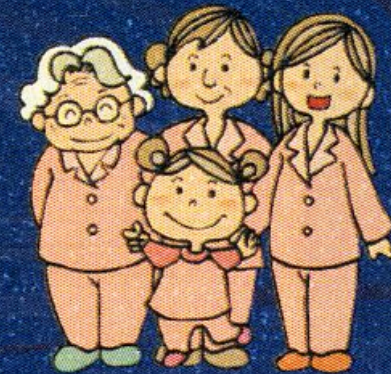
遺伝性乳がん・卵巣がん症候群(HBOC)

- 癌抑制遺伝子(BRCA1, BRCA2)の変異
- (1)若い年齢で乳がんを発症する
- (2)両方の乳房に転移ではなく、独立して乳がんが発症する
- (3)2世代以上にわたって乳がんの発症者がいる
- (4)卵巣がんの発症者がいる
- (5)乳がんと卵巣がんの両方を発症する
- (6)男性の血縁者に乳がん発症者がいる

ちなみに..

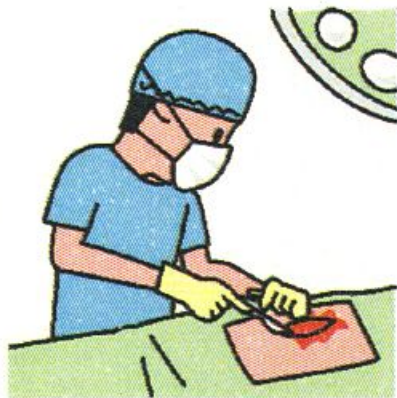
2000~09年に当院で治療開始した卵巣がん、卵管がん
795例のうち同時異時的に乳がんを合併した症例:

59症例(同時期全卵巣がんの7.4%)



15

取れるだけ取って、残りを化学療法でたたく (治療原則は手術と化学療法)



ほぼ完全に切除できて..

116



抗がん剤がよく効けば..
予後がよい

② 卵巣癌の生存率は、欧米と同じ
(子宮頸癌、肺癌は欧米より10%低い)



卵巣がんは組織型により抗がん剤の効果が違う

漿液性腺がん
類内膜腺がん



抗がん剤

効きやすい

粘液性腺がん
明細胞腺がん

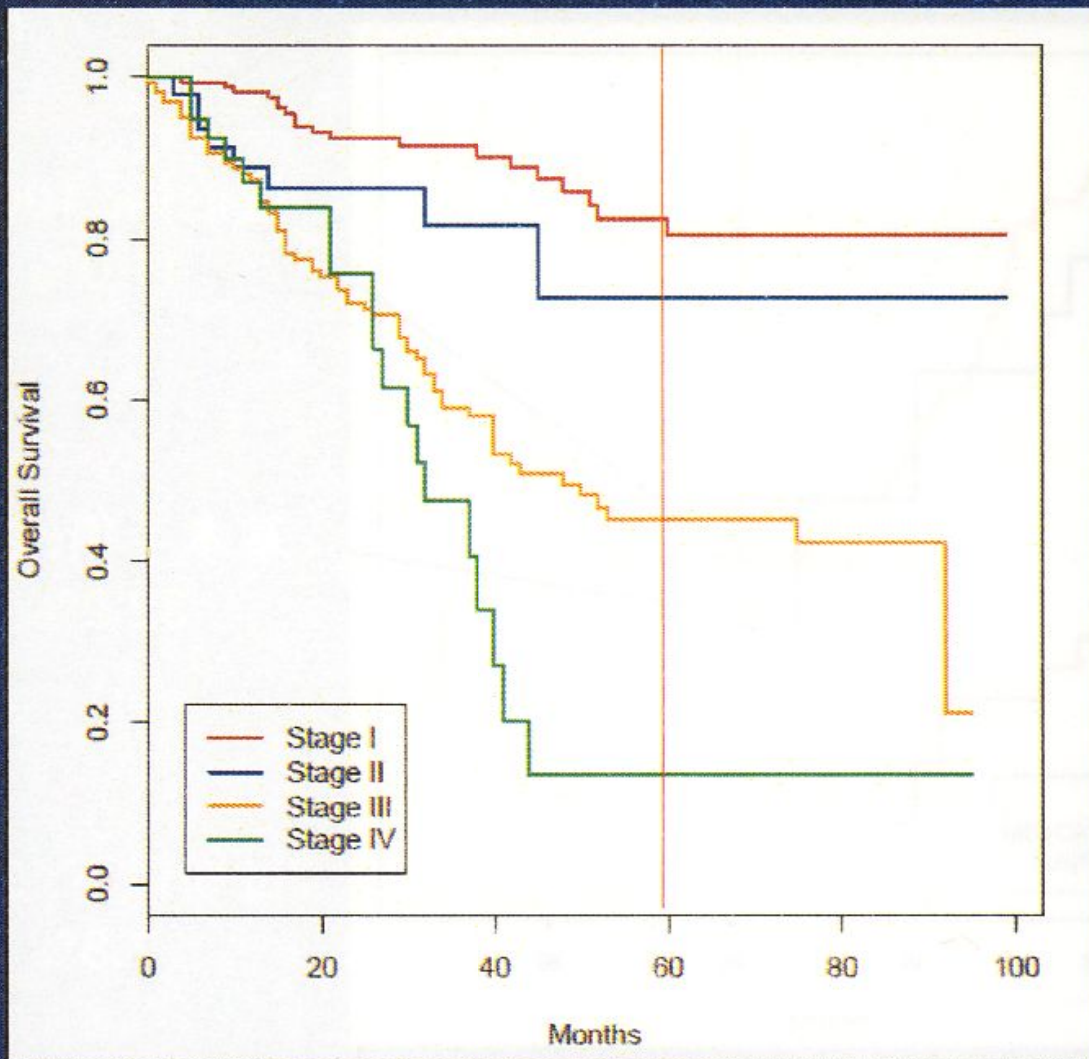


効きにくい

117

② (子宮頸癌) 2007年10月10日 (進行期別5年生存率) 10% (以下)

進行期別5年生存率(00~07)



I期: 80.4%

II期: 72.6%

III期: 45.2%

IV期: 13.5%

118

当院の進行卵巣癌治療に対する考え方

- ・基本的に腹腔内播種を有する進行卵巣癌には化学療法先行治療を行う。

(-2004: IEP療法, 2005-: TC療法)

- ・IDSでは、他臓器合併切除や後腹膜リンパ節郭清(PLN,PAN)を含めたdebulkingを行う。
- ・IDSでの肉眼的完全切除を目指すためにNACは徹底的に行う。(6コース)
- ・術中の所見によって、術後化学療法の内容を変更する。
(-2004: IEP or TC療法, 2005-: TC or DP療法)

119

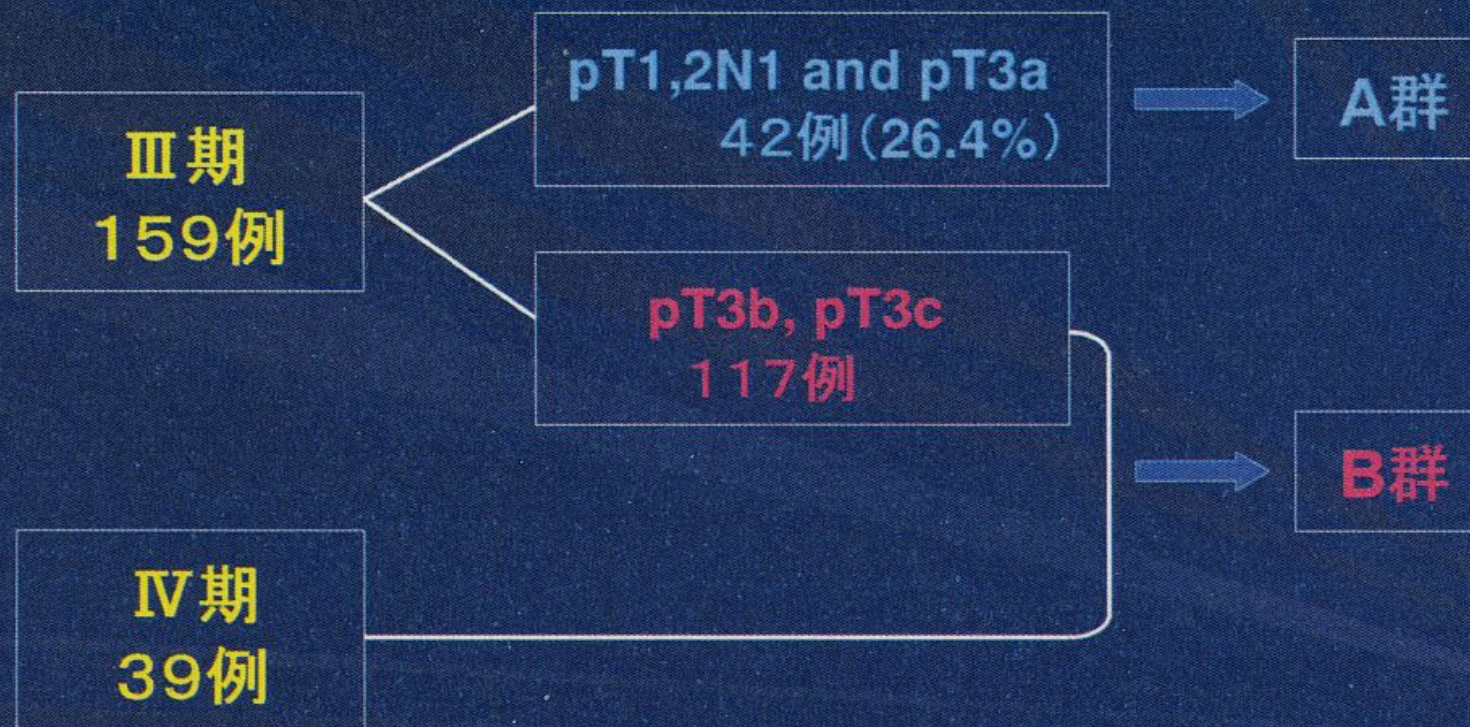
進行卵巣癌において、化学療法先行治療が現在の標準治療である手術先行治療に劣らず有効な治療であるかどうかについての検証が必要

・IDSでの後腹膜リンパ節郭清の治療的意義について
(2000～2007年症例の解析)

・IDSで肉眼的根治を達成することが予後の改善につながるかどうか？
⇒ 再発症例の検討
(2005年以降の症例の解析)

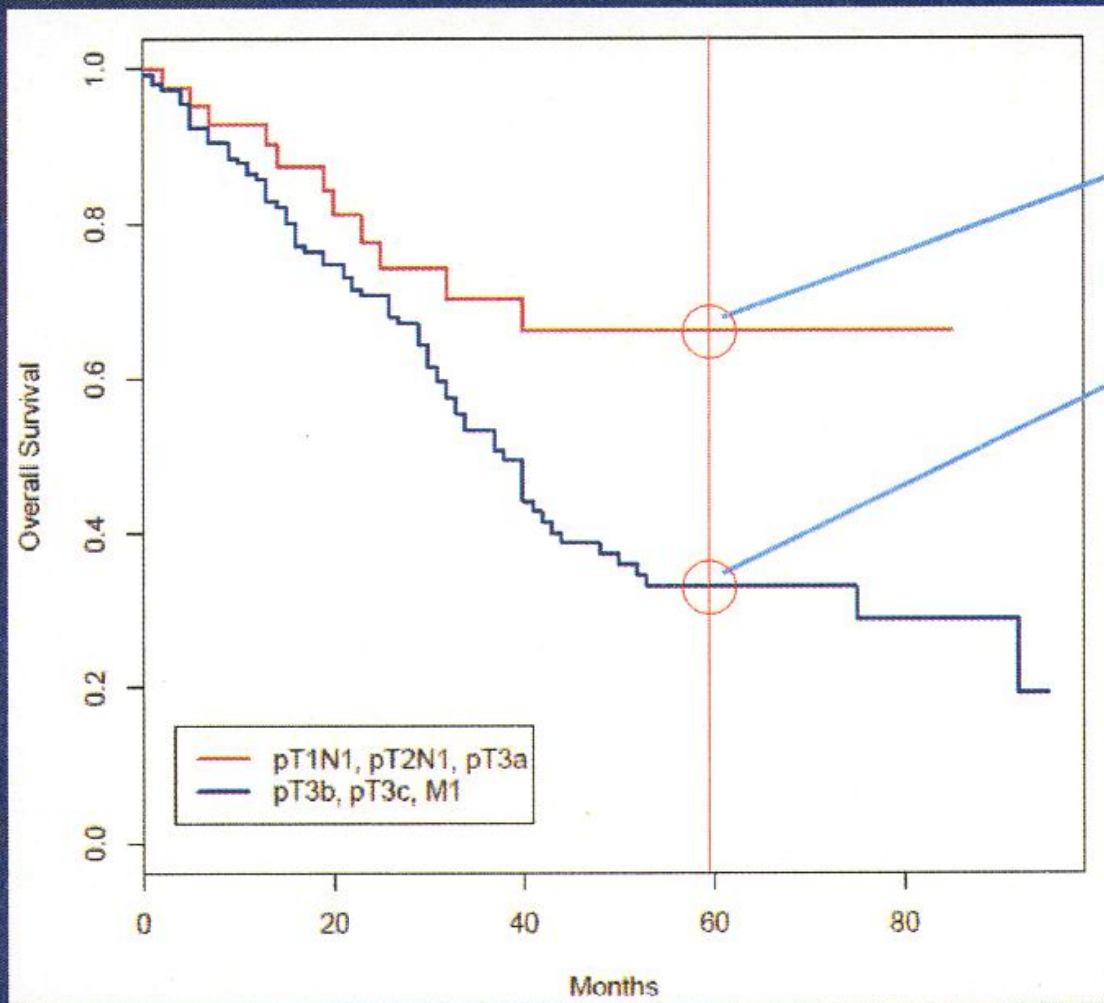
120

Ⅲ期,Ⅳ期症例の分類



⑫

卵巣癌Ⅲ・Ⅳ期の生存率

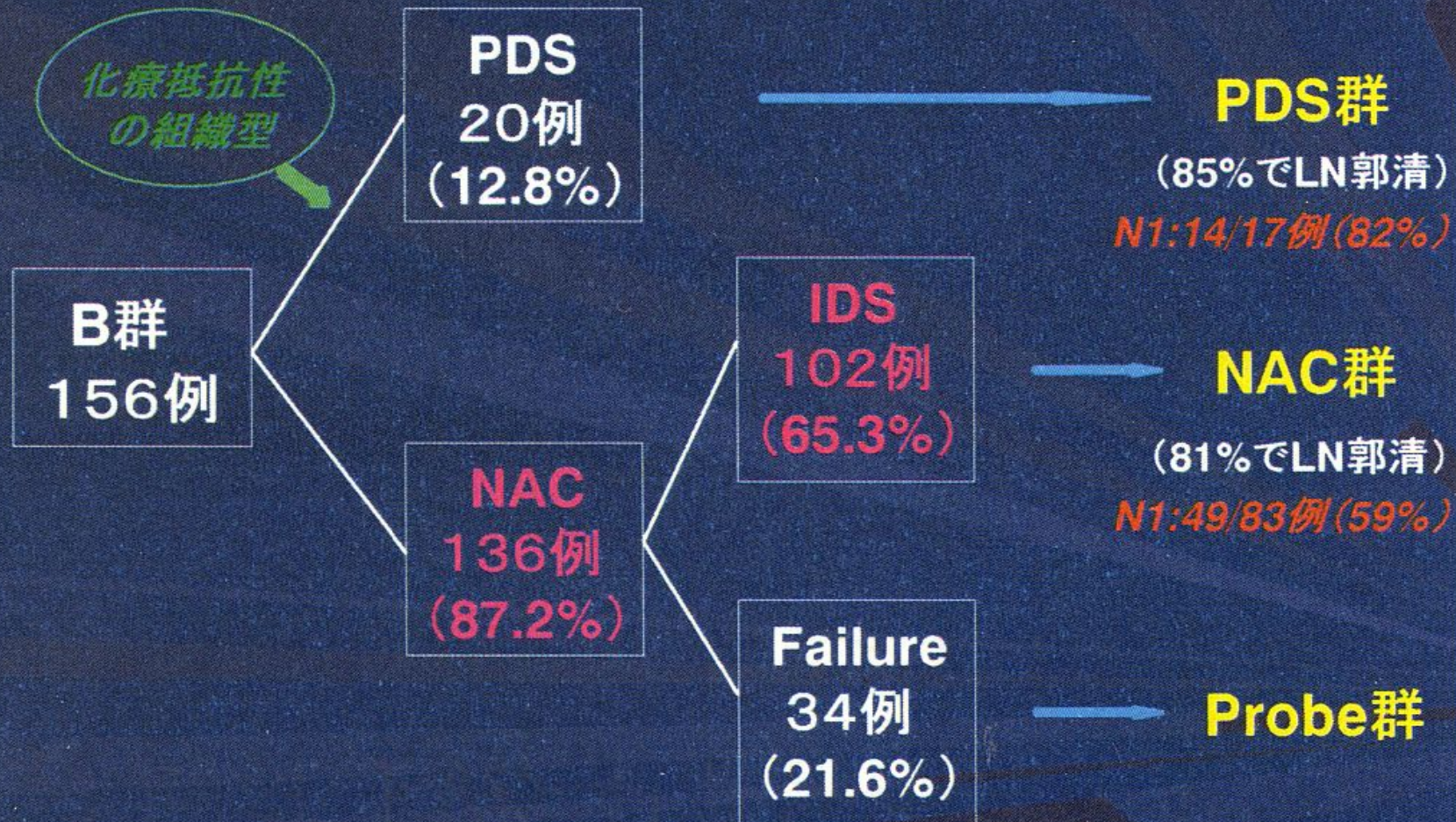


A群: 66.2%

B群: 33.0%
(Ⅲ期のみ:
35.1%)

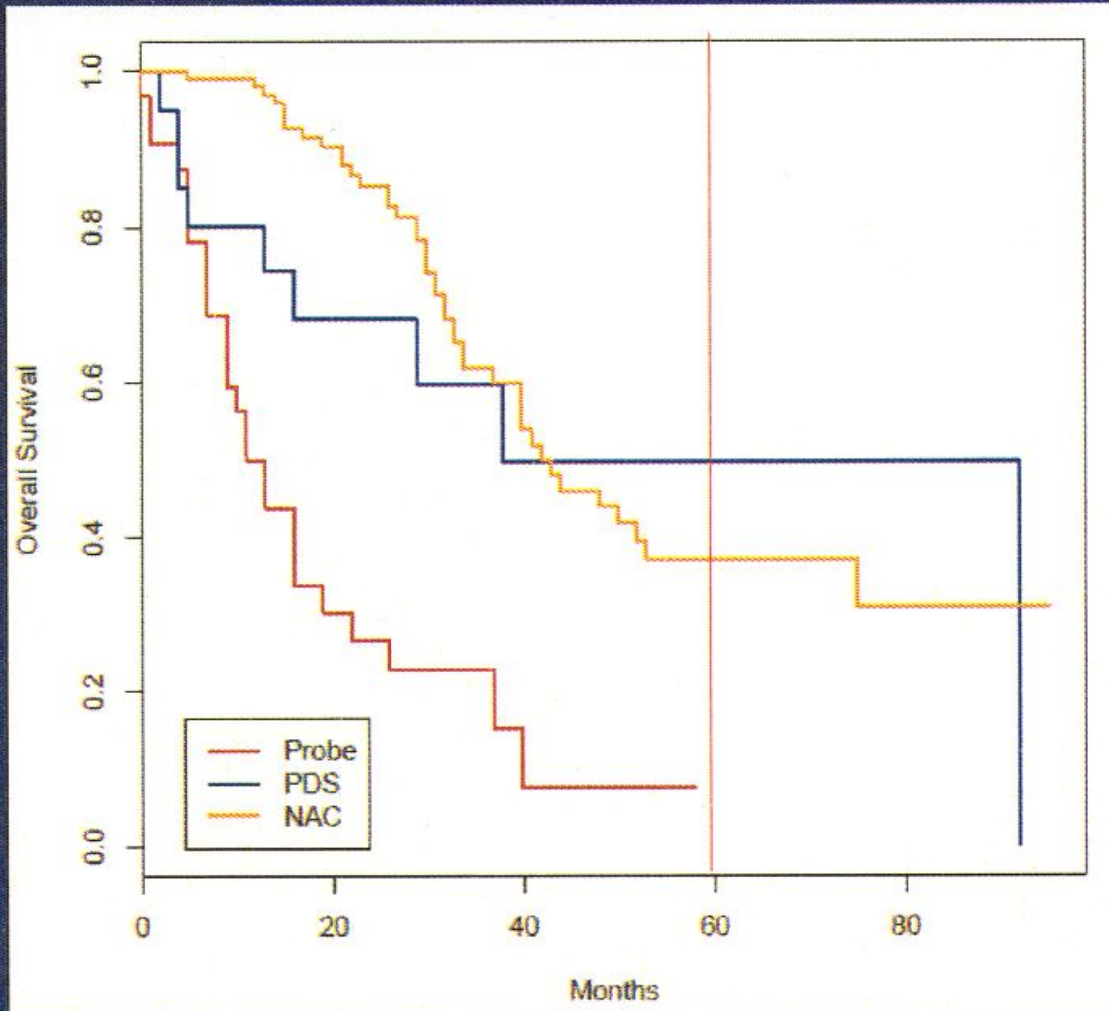
122

B群における治療戦略の内訳



123

B群における治療法別の治療成績



(5年生存率)

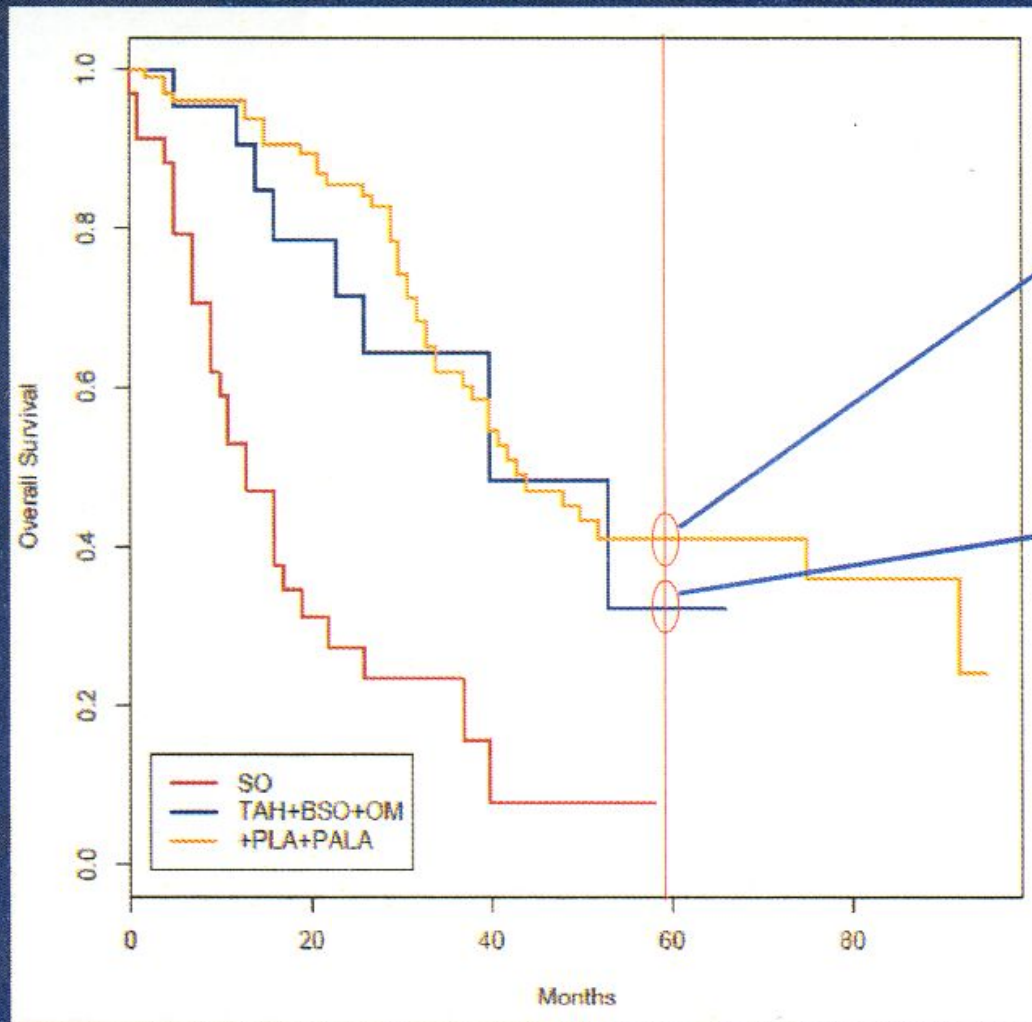
124

PDS群: 20例
49.7%

NAC群: 102例
37.2%

Probe群: 34例
7.5%

B群の治療成績(術式別)



(5年生存率)

LN郭清群

根治術: 100例

41.0%

LN非郭清群

基本手術: 22例

32.2%

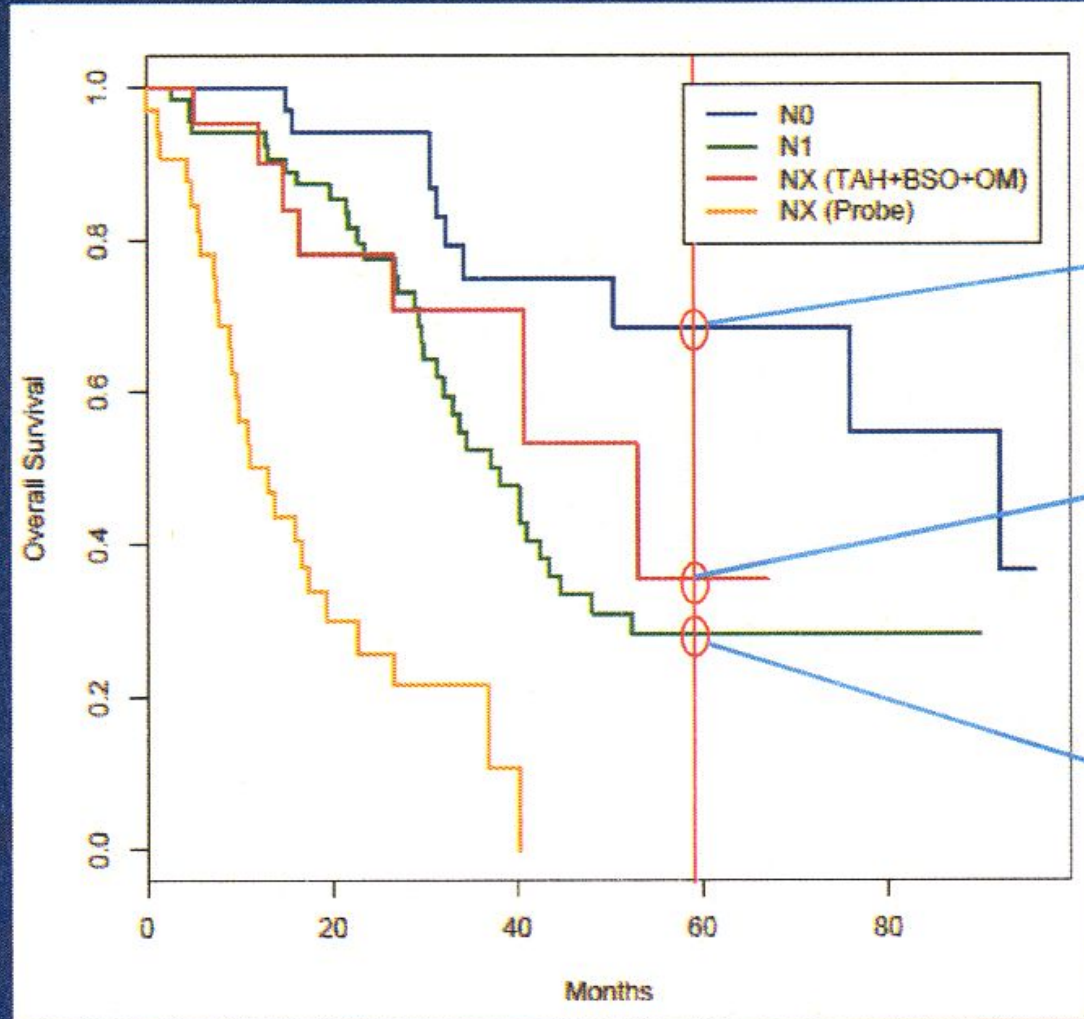
Probe群

付切以下: 34例

7.8%

125

B群の治療成績(LN転移別)



(5年生存率)

N0: 37例
68.5%

p=0.004

NX (基本手術):
21例 35.4%

p=0.594

N1: 66例
28.1%

NX (Probe): 32例
0%

126

小括1

- 1) B群において、LN郭清群とLN非郭清群との間に生存率の差はない。(41.0% vs. 32.2%)
- 2) NACが奏効せずProbeに終わった群の予後は著しく不良である。(2生率: 25.6%、5生率: 0%)
- 3) LN転移陽性群の予後は、陰性群と比較すると極めて不良である。(28.1% vs. 68.5%)
さらに、この群の生存率は、PDS,IDSを問わず基本手術に終わった群の生存率と差がない。
(28.1% vs. 35.4%)

127

② 卵巣癌のリンパ節郭清の有用性は少ない。

考察

1) PDS、IDSでの郭清の結果、リンパ節転移陰性であった症例は、次のどちらかである。

①もともと播種はひどいがリンパ節転移はなかった

②化学療法が著効しリンパ節転移が消失した

すなわち、郭清をすることによって、T3b/c、M1症例のうち予後のよいものを選別することができる。

→ 郭清は予後の推定としての意義はある。

2) 郭清によってリンパ節転移陽性とわかった群は、基本手術までしか行わなかった群と予後が変わらない。

→ T3b/c、M1症例において後腹膜リンパ節郭清は治療的な意義がない。

128

進行卵巣癌において、化学療法先行治療が現在の標準治療である手術先行治療に劣らず有効な治療であるかどうかについての検証が必要

・IDSでの後腹膜リンパ節郭清の治療的意義について
(2000～2007年症例の解析)

・IDSで肉眼的根治を達成することが予後の改善につながるかどうか？
⇒ 再発症例の検討
(2005年以降の症例の解析)

129

対象と方法

2005年1月から2006年9月までに当院で経験した
治療可能なIII期以上の新規卵巣・卵管・腹膜癌のうち、
化学療法先行治療を行いIDSに至った症例:38症例

このうち、IDSで肉眼的根治となった31例について、
再発の有無、時期、部位、各臨床病理学的因子等を
調べた。

130

症例の内訳

年齢	45～78才(中央値:59才)
臨床進行期	Ⅲ期 25例、Ⅳ期 6例
組織型	serous 27例 (87.0%) (卵巣:21例、卵管:4例、腹膜:4例) non-serous 4例 (mucinous:1, endometrioid:1, mix: 2)
診断法	試験開腹: あり 14例、なし 17例
治療前CA125値 (IU/ml)	212～11702(中央値:1776)
NACの内容	Taxane+Platinum : 4～7コース(中央値:6コース)
治療開始～IDSまでの期間	145～256日(中央値:189日)

術後化学療法	27例で施行(高齢、拒否、合併症で4例は未施行)
治療再開時期	POD12～98(中央値:48)
術後化学療法regimen	継続:18例, 変更:9例

131

IDSの術式

基本手術のみ

4例

基本手術＋後腹膜LN郭清

12例

基本手術＋他臓器切除

5例

基本手術＋後腹膜LN郭清＋他臓器切除

10例

132

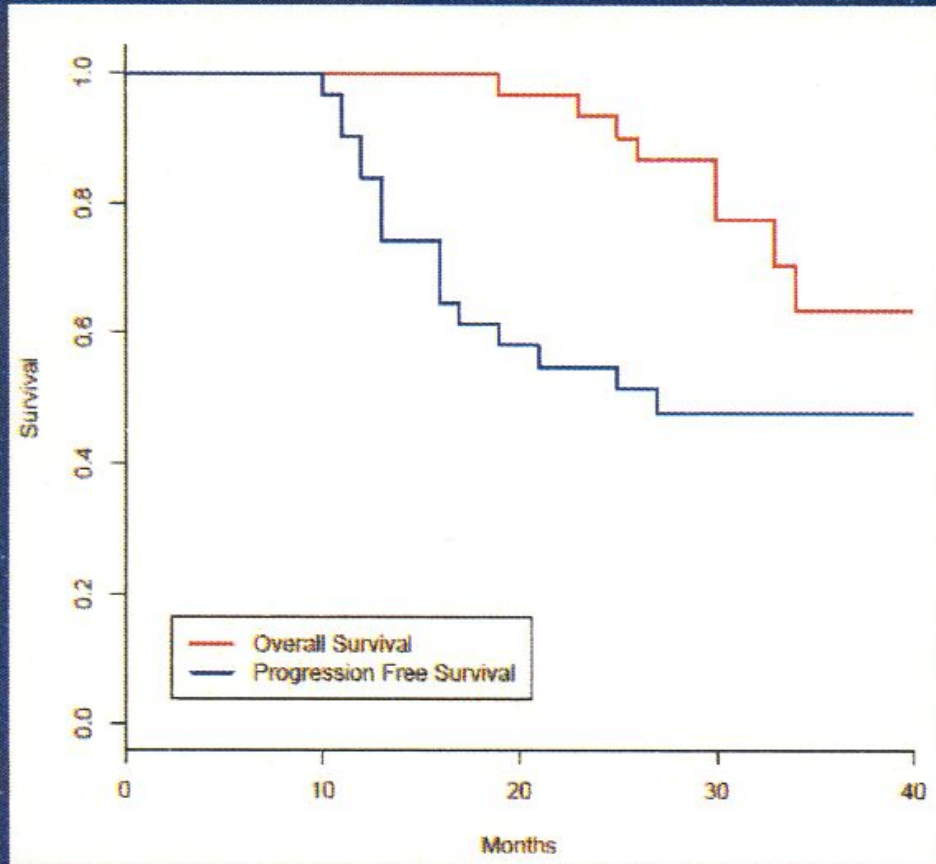
手術時間：4:54～10:11（平均：6:59）

出血量：550～3040ml（平均：1530ml）

自己血以外の輸血：21/31例（63.6%）

LN転移：9/23（39.1%），Pathological CR：なし

現在までの成績



Follow up期間

中央値: 33Mo

現在までの転帰

再発: 16/31例

(うち8例原病死)

2yOS: 93.5%

(95%CI:85.3-100)

中央値: **30Mo**

2yPFS: 54.8%

(95%CI:39.8-75.5)

中央値: **25Mo**

133

考察

NACの回数を多くしてもPathological CR症例はない。
また、IDSで肉眼的完全切除をなっても、約半数の症例は早期に再発しており、予後の改善にはむしろ有効な術後化学療法を早期に再開し完遂することがoptimal debulkingに加えて重要であると考えられる。

頻回のNAC

→薬剤耐性誘導や骨髄疲弊を招く可能性

侵襲の大きいIDS

→術後合併症による術後化学療法の開始の遅れ等招く可能性

134

今後の当院における進行卵巣癌治療の方向性

- ・基本的に腹腔内播種を有する進行卵巣癌には化学療法先行治療を行う。
 - PDS可能な症例は手術先行治療を検討する。**
 - 化学療法先行治療はより有効な戦略を考える。
- ・IDSでは後腹膜リンパ節郭清を含めたdebulkingを目指す。
 - IDSでの後腹膜リンパ節郭清の治療的意義は否定的である。むしろ、早期の術後化学療法再開を考慮し、IDSでは過度の侵襲を避ける。
- ・IDSでの肉眼的根治を目指すためにNACは徹底的に行う。
 - 術後化学療法を効果的に行うためにも、NACはむしろ短期集中にする。

135

ご清聴ありがとうございました。

136

癌研婦人科 レジデント募集中！！

ken.takizawa@jfcr.or.jp まで

広島大学がんプロフェッショナル養成プラン

婦人科がん講演会

日時：平成23年3月4日(金) 19時00分～20時30分
 場所：リーガロイヤルホテル広島 4Fロイヤルホール

講師

癌研有明病院
 副院長/
 レディースセンター長/
 婦人科部長

瀧澤 憲先生

座長

広島大学大学院
 医歯薬学総合研究科
 産科婦人科学 教授

工藤 美樹

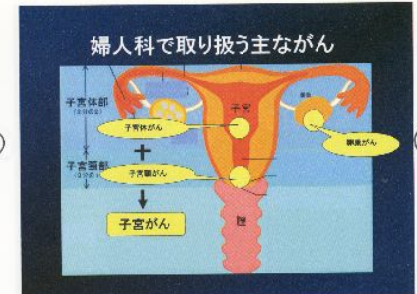
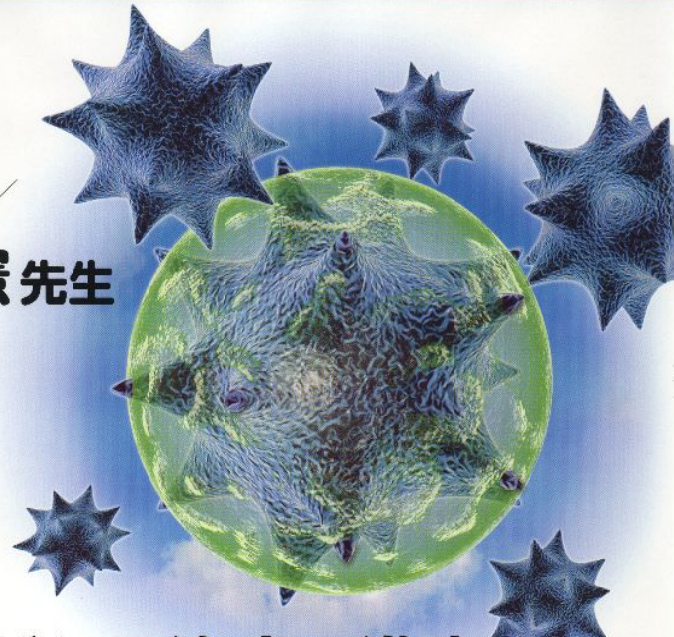
演題

婦人科がんの治療の進歩

対象／産科婦人科医、腫瘍専門医、薬剤師、保健師、看護師、大学院生

お問い合わせ 広島大学医歯薬学総合研究科 がんプロ事務局
 Tel.082-257-1538

共催：広島大学がんプロフェッショナル養成プラン／塩野義製薬株式会社



女性の癌の部位別死亡数/率(人口10万人対)
 厚生労働省「平成17年人口動態統計概数」より

順位	臓器	死亡数	死亡率(10万人対)
	全体	128,308	200.2
1	大腸	13,679	28.9
2	胃	11,669	27.4
3	肺	15,871	26.1
4	肝	11,064	17.1
5	乳房	10,720	16.6
6	膵	10,839	16.5
7	その他	9,946	15.4
8	胆	4,737	9.5
9	子宮	5,377	8.3
10	膀胱	4,467	8.9

女性の癌の部位別死亡数/率(人口10万人対)
 厚生労働省「平成17年人口動態統計概数」より

性成熟期(30-49歳)		死亡率(10万人対)	
順位	臓器	30-49歳	45-49歳
1	乳房	1,907	2.6
2	胃	761	1.8
3	子宮	677	1.6
4	大腸	594	1.2
5	肺	478	1.1

引退期(65-84歳)		死亡率(10万人対)		
順位	臓器	65-84歳	85-89歳	90-94歳
1	大腸	9,651	24.5	141.6
2	膵	9,621	38.5	141.6
3	胃	8,909	27.3	133.8
4	肝	7,896	21.1	93.1
5	胆	6,342	23.8	95

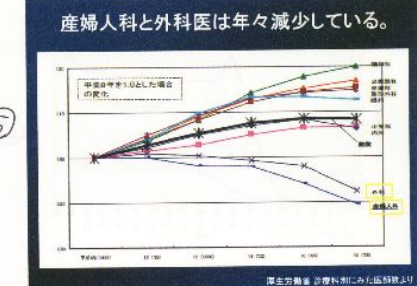
女性の癌の新規発生数/1年間

A. 厚生労働省「平成17年人口動態統計概数」の部位別死亡数より推計

乳がん：10,720 × 10 / 3 = 35,733人
 子宮がん：5,377 × 10 / 3 = 17,923人
 但し、0期を含めると、2倍の35,846人
 卵巣がん：4,467 × 10 / 4 = 11,675人

B. 全国11ヵ所モデル地域の実際測定より推計(平成11年)

乳がん：36,139人
 子宮がん：18,364人
 卵巣がん：7,314人

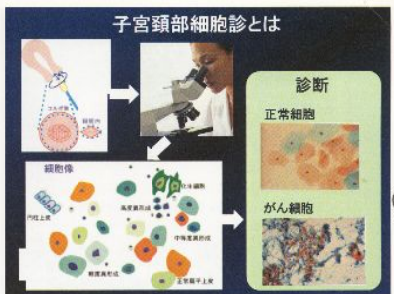


子宮頸がんの臨床進行期別頻度 (CIH)

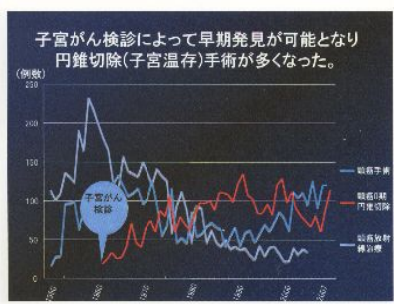
子宮頸がん(期)	2005	2006	2007	2008	2009
0	65	58	102	120	116
I	56	75	69	83	93
Ia1	22	24	23	19	20
Ia2	0	1	1	3	4
Ib1	29	36	31	45	53
Ib2	5	12	13	16	16
II	19	21	19	19	30
IIa	7	6	12	10	15
IIb	11	13	7	9	15
III	10	13	13	16	8
IIIa	0	2	2	0	0
IIIb	10	11	11	16	8
IV	7	10	15	16	11
IVa	2	3	3	5	0
IVb	5	7	12	11	11
合計	354	217	222	254	267

子宮がん(子宮頸がん)検診の問題

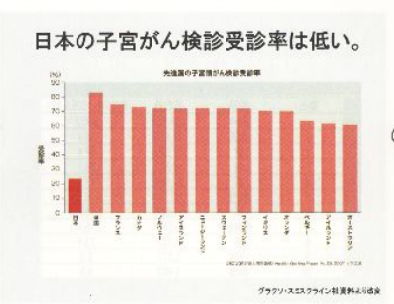
9



10



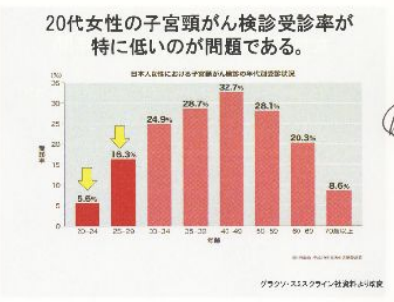
11



12



13



14

HPV(ヒトパピローマウイルス)とは (Human Papillomavirus)

- 皮膚や粘膜に感染する。
- 100種類以上の遺伝型が存在。
- そのうち15種類は子宮頸がんの原因となり、発がん性HPVと呼ばれる。

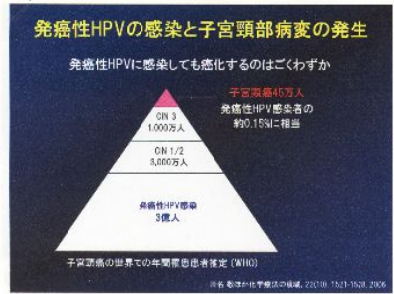
15

子宮頸がんの主な原因は発がん性HPVの感染による。

Zur Hausen博士
HPVの発見で2008年ノーベル賞受賞

HPVウイルス
子宮頸がん

16



17



18

HPV予防ワクチン

グラクソスミスクライン (2009年10月より接種可能)	メルク&コ
● 1接種分の用量: 0.5mL	● 1接種分の用量: 0.5mL
● アジュバント(免疫増強剤): AS04 (25%水懸液) + AL(OH) ₃ - MPL	● アジュバント(免疫増強剤): アルミニウム塩
● L1-HPV16: 20µg	● L1-HPV16: 40µg
● L1-HPV18: 20µg	● L1-HPV18: 40µg
● 蛋白質発現系: パピローウイルスH6-融融	● 蛋白質発現系: 融融
● 接種スケジュール: 0, 1, 8ヶ月	● 接種スケジュール: 0, 2, 6ヶ月
● EU, オーストラリアなど10か国で承認を取得	● 承認: EUなど10か国で承認を取得
● 海外では10歳前後の女子を中心に子宮頸がん予防ワクチン接種が実施されている	

19

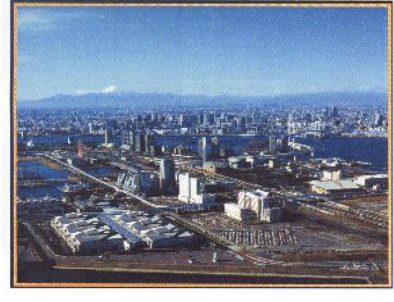
しかし、HPV未感染者に予防ワクチンをうつことは、かなり有効であるはず。

将来、子宮頸がんが日本から駆逐されるためには、70-80%の女性が予防ワクチンを受けるべきである。13歳とか15歳時点で、公費で、一斉にワクチン接種をすることが望ましい。

2万円×60万人=120億円/1年

既にB型肝炎の母子感染が疑われる場合に、そのHBIG(B型肝炎ウイルスの中和抗体)投与で、B型肝炎の陽性頻度が3%から0.1%へ減少させたという実績がある。

20



21

子宮頸がんの早期診断と早期治療のピットフォール

子宮頸部円錐切除術で100%治るわけではない

閉経前後以降(50歳以降)では、円錐切除後の再発率、再発率が高い

閉経後だと、子宮頸管閉鎖がおこりやすく、あとの検診が不能

腺癌や腺扁平上皮癌では尿管の奥に病巣が残り易い

閉経後の初期がんは腔式子宮全摘術の有用性が高い

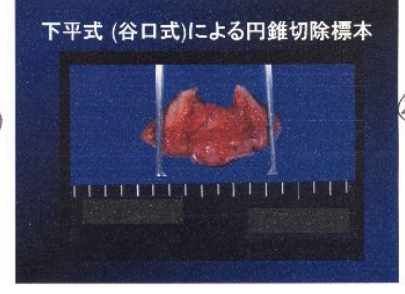
22

円錐切除をイメージ

病理組織学的に観察 (切除した部分を薄く切って顕微鏡で観察する)し、十分に検診されて診断が下る。

残存している部分に対する評価ではない。

23



24

Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3; population based cohort study
 Bjorn Strander, Agneta Andersson-Ellstrom, Ian Milson, and Par Sparen (Sweden)
 British Medical Journal 2009

1958-2002年に、132493人がCIN3で治療を受けた。その中から、子宮頸癌(浸潤癌)が881人(0.67%)に発生した。一般女性と比較して2.34倍 (95% confidence interval:2.18-2.50)。

一度、0期の子宮頸癌の治療をしたのちの浸潤癌は2倍の頻度!

25

症例1
 円錐切除術施行時の年齢: 55歳

【現病歴】
 がん検診にて子宮頸部細胞診Class IIbのため当院紹介受診。
 当院 細胞診
 ・子宮頸部 擦過(掃掃) Class III
 ・子宮頸部 プラシ Class III
 ・子宮内膜 吸引 Class I

・頸部組織診: Squamous cell carcinoma of the uterine cervix, biopsy.
 ・MRI: 頸部腫瘍なし。
 ・腫瘍マーカー SCC 0.4

26

初期子宮頸癌と診断し子宮摘出術をすすめたが御本人の強い希望により円錐切除術を施行した。

⇒ 円錐切除術摘出標本ではSCC, dysplasiaともに所見なく、2~3か月毎の細胞診、腫瘍マーカー(SCC・CA125)測定を実施。頸管狭窄のため頚管・内服プラン挿入困難であった。

! 円錐切除術後 2年3か月目
 腫瘍マーカー SCC 3, 2と上昇、不正出血をみとめる。
 ・子宮頸部細胞診: Class II
 画像読影
 ・MRI 子宮内頸部に腫瘍形成、36×24×33mm
 ・CT 遠隔転移・リンパ節転移はみとめず。

27



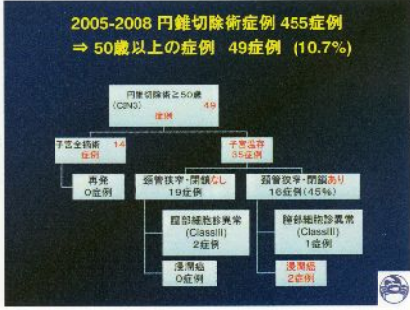
28

子宮頸癌再発、Stagelbに相当すると診断し、広汎子宮全摘術を施行。

⇒ 摘出標本では内頸部から子宮体部へ浸潤する扁平上皮癌と診断された。

Squamous cell carcinoma, invasive, non-keratinizing type -colloid(-), ker(-), keratin(-), vascular involvement(-)
 内頸部から子宮内膜・体部へ浸潤

29



30

閉経以後の方に円錐切除を行う際の 問題点・注意点

- 術前診断が難しい
 扁平上皮・円柱上皮の移行帯が子宮内腔側へ移動する。そのため病巣が可視範囲からの消失する。
- 円錐切除手技が難しい
 腔・子宮が萎縮する。
- 経過観察も難しい
 円錐切除の後で子宮頸管部が狭窄または閉塞
 ...細胞診・組織診の検体採取が困難となる。
 自覚症状が病巣拡大まで現れない
 ...不正出血、おりもの異常など。

31

0期子宮頸がんに対する 当科での年齢別治療方針(2008~)

>50歳
 原則、円錐切除術を施行せず子宮を摘出する。

45歳~50歳
 危険性について十分に説明しても、なお強い希望のある場合には円錐切除術を行う。

<45歳
 希望により円錐切除術を行う。

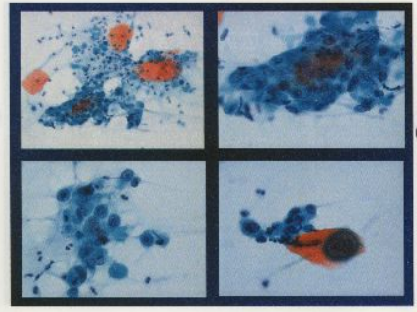
32



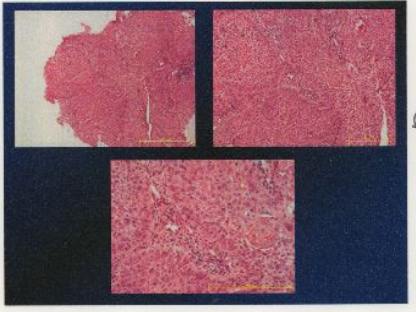
33

初診
 患者 O 女 O 姓 年齢: 55歳 single
 初診 2005.02.23
 主訴 不正性器出血
 既往症 (-) アレルギー (-) 妊娠歴: 0回 0回 PS: 0
 内診 ut gonne esp size Cx ca (+) ten egg size mobility (+) ad(-) nar(-) Douglas free
 Cx 7mm tumor (+) 頚部腫瘍6時方向 浸潤疑い
 KSP: IC atypical vessel (+)
 初診時腫瘍マーカー: CA101, SCC(5.2)
 初診時細胞診: CE class V EM class I
 squamous cell carcinoma
 初診時組織診: squamous cell carcinoma, keratinizing type, of the uterine cervix.
 診断: 子宮頸癌 Ⅱs T2a11M0

34



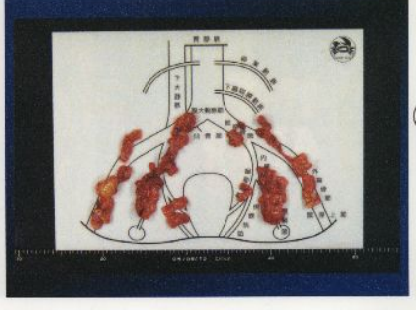
35



36



37



38



39

子宮頸がんStage Ib-II 治療の問題;合併症について

- 広汎子宮全摘術の合併症
 排尿障害・リンパ浮腫・瘻孔形成・大量出血
 特に腫瘍が大きい場合に問題となる。
- 術後放射線治療を加えることによる晩期合併症
 腸閉塞・下肢リンパ浮腫
 放射線直腸炎・膀胱炎の増加

40

子宮頸がんに対し施行される根治術の種類

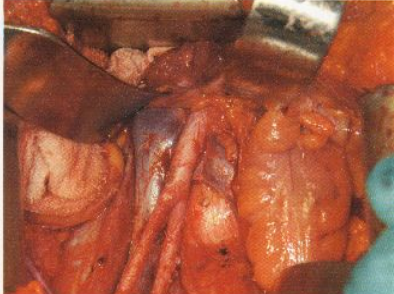
- ・ 拡大単純子宮全摘術 0期の子宮頸がん
- ・ 準広汎子宮全摘術 Ia期の子宮頸がん
Ia2は骨盤リンパ節郭清も
- ・ 広汎子宮全摘術
縮小広汎子宮全摘術 Ib1期(2cm以下)
神経温存広汎子宮全摘術 Ib1(2cmを超える)~IIa期

41

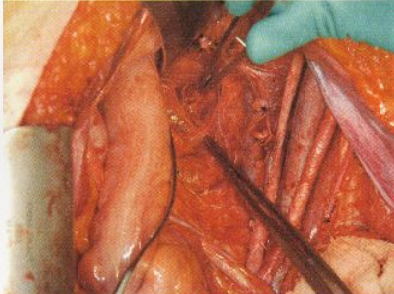
子宮頸部の長径2cm以下のIb1期がんに対する縮小広汎性子宮全摘術の認容性の検討

2007年10月のIRBで承認された。

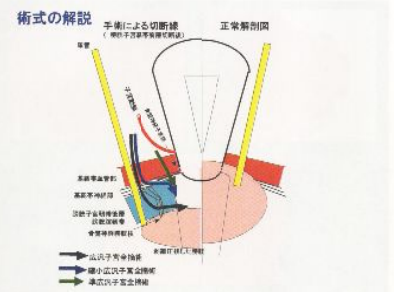
42



49



50



43

縮小広汎子宮全摘術

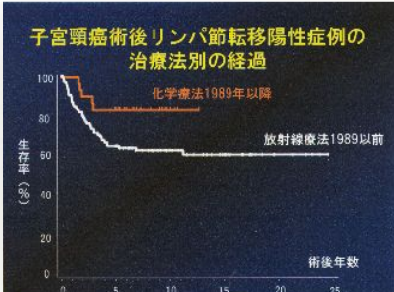
- ・ 2007年11月から臨床試験開始
- ・ 症例数: 43例
- ・ 自尿確立中央値: 10日
- ・ 尿の貯留感は術後2週間で34例で回復
- ・ 再発症例なし

さらに、現在、排尿障害スコアをつくり、広汎子宮全摘術における排尿障害を客観的に評価中(宇佐美医師)

44

Under more precise lymph node dissection, we have adopted adjuvant chemotherapy since 1989 instead of adjuvant radiotherapy following radical hysterectomy for uterine cervical cancer.

51



52



45

術後放射線療法の問題点

- ・ 手術に加えて照射により二重の負荷をかける (リンパ浮腫、神経因性膀胱、腸閉塞など)
- ・ 日本の広汎性手術後についてはRCTがない
- ・ 術後化学療法についてもRCTはない

46

手術は可能だが、術後補助療法が必須な症例(Ib large, II期)の場合

Adjuvant RT(or CCRT)が必須であることを説明した上でICIは取れるか?

Primary CCRTより手術+RT(or CCRT)を優先できるか?

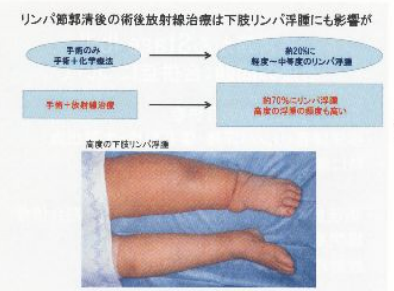
- 1) 手術を縮小する (RH→準広汎リンパ節郭清範囲を縮小する)か?
- 2) RT(or CCRT)の照射野、線量を縮小するか?

Breakthrough:
Adjuvant CT instead of Adjuvant RT

53



54



47



48

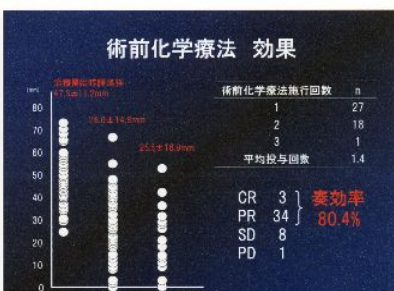
子宮頸がんStageIb-IIaの治療 癌研有明病院 婦人科での取り組み

(2008年以降stageIbは照射してCCRT)

合併症を減らしQOL改善、根治性の高い治療を目指す放射線を使用しない治療

- 術前化学療法: 局用上皮癌、イリリチン/シタラキ、オキサリプラチン、エリクチン/シタラキ、オキサリプラチン
- 広汎子宮全摘術: 神経温存を目指し、知覚障害を減らす
- 術後補助化学療法: 術後発症しやすい腸閉症を減らす

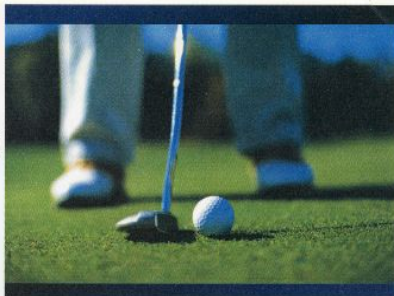
55



56



57



57

子宮頸がんの治療-手術か？ 放射線か？-

手術: 利点: 病期により縮小できる (0 期から 1b1 期 2 cm まで)
根治切除可能
詳細で正確な診断
若年者で卵巣温存可能
治療期間が短い
欠点: より進行例では後遺症が多い
(神経因性膀胱, リンパ浮腫, リンパ腫瘍)

放射線: 利点: 比較的非侵襲的 (高齢者, 合併症のある場合)
手術不可能な進行例を治療可能
欠点: 治療の大きさを調節しにくい
(0 期は腔内照射のみ, 1b 期以上では外照射 + 腔内照射)
(センターブロックをいつぶくか, BE-D が変わるだけ)
治療期間が長い
時間の経過とともに深刻な後遺症
(リンパ浮腫, 放射線性直腸炎・膀胱炎)

59

子宮頸がん

外照射

子宮と転移しやすい部位とをまとめて治療する

1日1回5分程度
合計5-6週間の治療です。

リアアック

60

子宮頸がん

腔内照射

子宮と隣に器具を入れて, 子宮を直接強く照射します。

61

子宮頸がん

腔内照射

週に1回30分程度
合計4-5回の治療です。

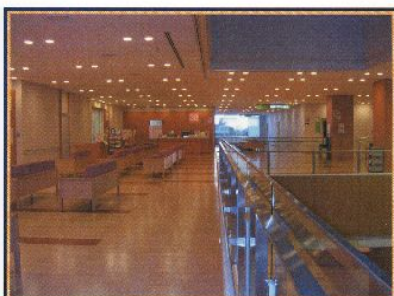
外照射の3-10倍の放射線を一度に照射できます。
子宮がん治療の決め手です。

62

子宮頸がん

抗癌剤と放射線の同時併用がトピックス
4580例の解析結果
同時併用すると5年生存率が12%上昇する(40%→52%).
血液毒性(8%→16%)と消化器毒性(4%→9%)は増える。

63



64

あきらめないがん治療 -レスキュー手術について-

平成22年11月6日 吉田記念講堂
癌研有明病院 婦人科
高田 恭臣
Cancer Institute Hospital

65

1. 腫瘍残存症例に対する子宮全摘術①

1971年-1996年の間に1590人の患者さんに放射線治療(単独)を行った。

1428人 治療した(89.8%)

162人 腫瘍が残存(10.2%)

127人 子宮全摘せず(78.4%)

35人 子宮全摘術(21.6%)

5年生存率 63.6%
10年生存率 65.7%

大田 剛志 ら: Br J Cancer 99: 1216-1220, 2008.

66

1. 腫瘍残存症例に対する子宮全摘術②

2005年-2007年の間に20人の患者さんに抗癌剤併用放射線療法を行った。

16人 治療した(80.0%)

4人 腫瘍が残存(20.0%)

1人 子宮全摘せず(25.0%)

3人 子宮全摘術(75.0%)

再発なし

熊鷹 誠司 ら: Int J Gynecol Cancer 19(4): 723-7, 2009.

67

3. 傍大動脈リンパ節再発症例に対するリンパ節郭清術。症例提示

69歳
子宮頸癌IIIb期 扁平上皮癌

放射線治療後、前回の照射野に近接した傍大動脈リンパ節に再発。

カンパト、ネダブラチン療法5コース施行。治療効果を認め、また、傍大動脈リンパ節以外に病変出現せず。

傍大動脈リンパ節郭清を行い、肉眼的に完全に腫瘍を切除できた。
現在、抗癌剤治療を継続中

68



69

4. 通常手術を行わない再発症例に対する子宮全摘術。症例提示

34歳
子宮頸癌IIIb期 扁平上皮癌

放射線治療後、子宮頸部左後壁に3cm大の再発腫瘍を認めた。

抗癌剤治療(S-1内服, TP(タキソール, プリプラチン)療法)を行ったが、完全に腫瘍は消えなかった。

70

MRI

子宮頸部左側後壁の腫瘍は45x30mmに拡大。
S-1 ③コース治療後

左側部で一部縮小される。残存腫瘍は小さい。
TP ⑤コース治療後

71

TP5コース終了後、患者が手術による子宮と再発腫瘍摘出を希望した。

抗癌剤終了後、腫瘍が再度増大する可能性が考えられた。

手術の適応について、婦人科、放射線治療科で話し合った。

72

子宮を摘出するにあたっての問題点

- ・内診所見、MRIでは子宮頸部の再発腫瘍は骨盤壁まで到達している。
- ・子宮頸癌根治照射後であり、子宮全摘術が困難
- 子宮摘出後も骨盤壁に腫瘍が残存する可能性がある。
- 手術と組織内照射を併用する方針となった。

73

広汎子宮全摘術+組織内照射チューブ留置

- ・骨盤リンパ節郭清は施行せず。
- ・両側尿管に尿管ステント留置
- ・出血量:430ml 手術時間:5時間54分
- ・基靭帯骨盤側断端は硬く、骨盤壁付近まで索状に触れた。

74

組織内照射用チューブを留置した。



75

尿管が照射野内に入らないようにバリーンを留置した。



76

腸管が照射野内に入らないように、さらに上からプロリンメッシュで覆った。



77

照射計画



78

組織内照射とその後の経過

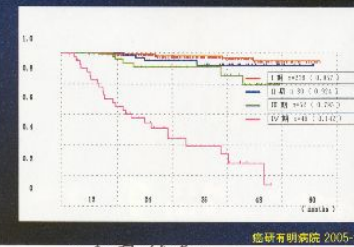
- ・術後4日目より、チューブの中に線源を入れて、左骨盤壁を照射した。(42Gy/7回)
- ・チューブ除去後8日目、術後31日目に退院以降、外来経過観察となった。
- その後、今日まで約4年経ったが、
- ・再発所見なし。
- ・手術と放射線照射による合併症や後遺症を認めていない。

79



80

子宮頸がんの累積生存率

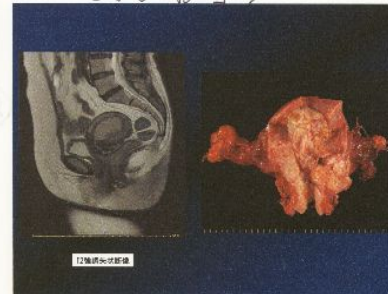


81



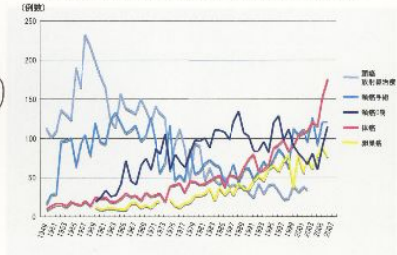
82

「子宮体癌」→



83

体がんの治療(開腹手術)件数が最も多い。



84

子宮体がん
unopposed estrogen: 拮抗されないエストロゲン
(黄体ホルモンで中和されないエストロゲン)
若年女性で無排卵性月経
閉経前後の女性

85

複雑型子宮内膜異型増殖症(子宮体がん0期)
→子宮内膜癌:Ⅰ型体がん
前駆病変無し of 突然の癌化
de novo 子宮体がん:Ⅱ型体がん
予後の悪い特殊型が多い

診断の遅れ

子宮頸がんは大部分は適切に診断できる
圧倒的にpatient's delayが多い
しかし、子宮頸管内から発生する腺癌ではdoctor's delayがある
「半年前の受診時に接触出血があると訴えたのに……」

86

子宮体がんは診断が遅れやすい
patient's delayも、doctor's delayも多い
「閉経後なのに時々不正出血があると訴えたのに……」

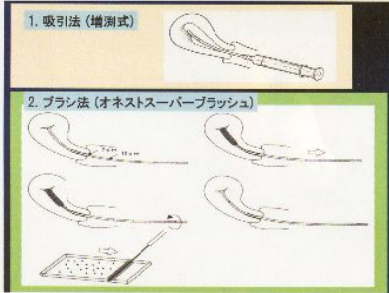


87

診断が遅れる原因

- 1)適切な検査が行われていないこと
子宮頸管内や子宮体部腔内にブラシを挿入して細胞を採取していない
- 2)疑わしい細胞診断結果が出ているのに組織採取検査が行われていない
子宮腔部:コルポスコープ診+狙い組織診
子宮頸管:子宮頸管内膜ソーハ診
子宮体部:子宮内膜ソーハ診
- 3)痛みが強い患者さんからのクレームが怖い医師
観血的処置を嫌がる患者さんと医師

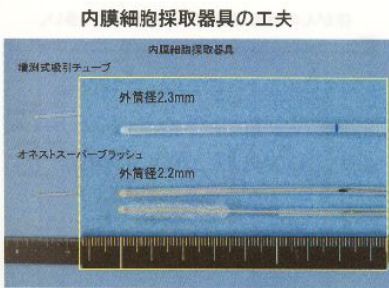
88



99



90

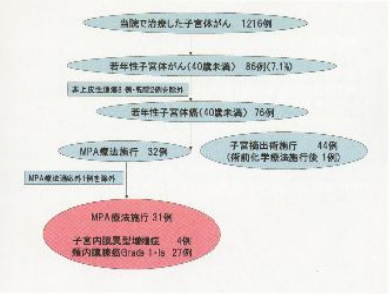


91

当院での経験

2000年1月から2009年12月の10年間
観察期間 2010年04月30日まで

92



93

当院におけるMPA療法の適応

- 1 患者さんの強い希望
- 2 子宮内膜全層増殖にて子宮内膜異型増殖症または類内膜腺癌Grade1の診断
- 3 画像診断上の推定進行期Ia期
- 4 MPA禁忌ではない
術後1週以内
血栓性疾患とその既往
動脈硬化
重篤な心疾患
ホルモン剤使用中
重篤な肝障害

94

MPA療法は

- 1) 奏功率約60%
- 2) 奏功例の約半数が治療終了1年以内に再発
- 3) 寛解後再発例は難治性
- 4) 長期寛解例は全体の30%

本来は危険な治療であるという認識
終了後可及的早期に妊娠をめざすべき

95

MPA療法後子宮摘出術群は初回子宮摘出術群に比較して高率に卵巣悪性病変を合併 (27.8% vs 11.6%)

MPA療法開始後は
①異時性卵巣悪性病変出現に厳重注意
②子宮摘出術施行時に付属器温存を行うべきではない
③摘出卵巣の詳細な病理学的検査が必要

MPA療法後リンパ節転移例が存在 (11.1%)
> リンパ節転移例存在の確かなICが必要 (肥満症例などやむを得ずリンパ節郭清を省略する例の存在)

MPA療法後癌死例の存在
> 長期にわたる厳重follow

96

子宮体がんの臨床進行期別頻度 (CIH)

子宮体がん(期)	2005	2006	2007	2008	2009
0	2	4	2	3	3
I	69	78	86	92	108
Ia	24	26	34	32	59
Ib	34	30	33	47	39
Ic	11	17	19	13	10
II	6	10	9	8	7
IIa	0	3	7	6	3
IIb	6	7	2	3	4
III	23	38	47	32	53
IIIa	11	25	21	17	33
IIIb	0	0	0	0	0
IIIc	12	13	19	15	20
IV	2	7	6	5	1
IVa	0	2	1	0	0
IVb	2	5	5	5	1
子宮がん総数	7	14	12	9	13
子宮肉腫	1	3	13	2	1
合計	110	147	170	151	183

97



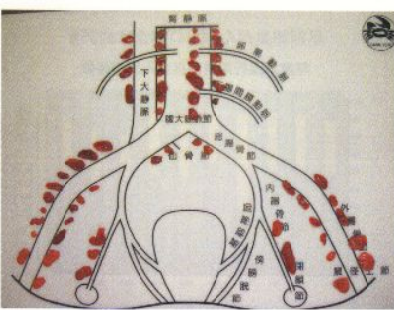
98



99



100



101

2007年の当院における手術術式による手術時間・出血量・輸血率の比較

手術術式	症例数	手術時間 (min)	出血量 (ml)	輸血
mRH	31	155 (80-317)	337 (8-1850)	5 (16%)
mRH + PLA	76	274 (148-550)	443 (70-2130)	27 (35%)
mRH + PLA + PALA	50	395 (261-571)	793 (270-2390)	30 (60%)

102

日本では、治療は手術がメインで術後の補助療法として抗がん剤が使われるのが主流です。

一方、欧米は放射線と手術がメイン、手術後、放射線治療を補助療法として照射することが標準的です。

103

子宮体がんの5年生存率 (かなり良い)

進行期	欧米 (1991-2000)	欧米 (1994)
I期	98.3%	86%
II期	84.4%	66%
III期	79.8%	44%
IV期	9.1%	16%

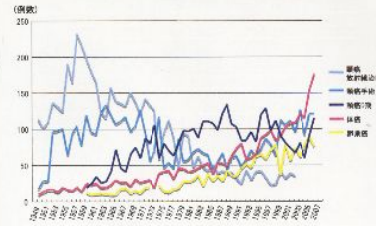
104

欧米では、リンパ節郭清の有無が大きい



[卵巣癌] →

卵巣がんは増加している。

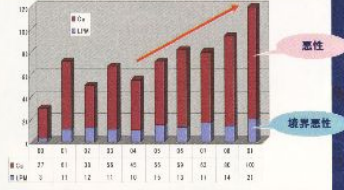


105

106

■ 卵巣がんの罹患数：毎年約8000人と推定
増加の一途をたどっている

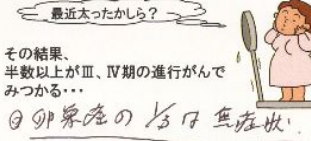
当院での2000~09年の上皮性卵巣がん症例数



107

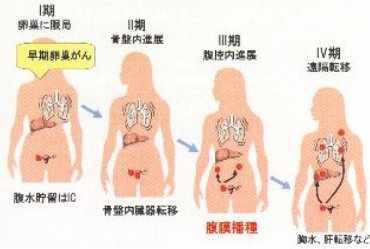
適切な検診法がない。

症状：初期の頃はほとんど無症状。
腫瘍が大きくなったり、腹水がたまってくると
腹部膨満感(= 苦しい)が出現する。



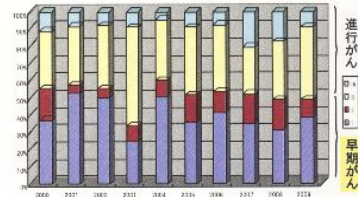
108

卵巣がん進行期 (1988 FIGO分類)



109

早期卵巣がん(Ⅰ期)の割合は約35%
年度別進行期別卵巣がん治療件数



110

初診(診断)時の主訴(2009年症例*)

症状なし	38例	検診(人間ドック等)	23例
		良性疾患の経過観察	9例
		他科の画像診断で異常	6例
症状あり	75例	腹痛、急性腹痛	23例
		腹部膨満感、腫瘤感	23例
		不正出血	15例**
		遠隔リンパ節腫大	3例
		月経異常	3例
		息切れ、呼吸困難感	2例
		便秘、頻尿	2例
		食欲低下	2例
		下肢浮腫	2例

*不明の7例を除く、**うち6例に子宮体がん合併

111

Toward understanding the natural history of ovarian carcinoma development: a clinicopathological approach
Akiko Horuchi, M.D. Ikuo Konishi, M.D.
(Gynecologic Oncology, 88, 2003: 309-317)

開腹手術を行い組織学的に証明された卵巣癌 543例, LPM 252例のうち
手術から1年以内に経腹腔浸透を進行していた症例が49例ある。
卵巣がん: 35例のうち、

19例(54%)は良性腫瘍や内臓症性変態の経過観察中に、腫瘍サイズの増大やsolid partの出現がみられた。
(adenoma-carcinoma sequence)

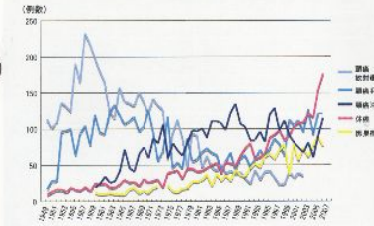
16例(46%)は経過中のechoでは異常所見なし。
(de novo carcinogenesis)
serous: 9例(うち3例はⅡ期)
mucinous: 4例, endometrioid: 3例(すべてⅠ期)

検診の限界!!

112

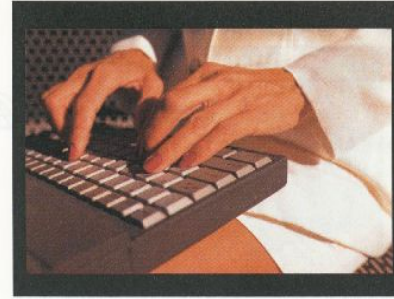
[卵巣癌] →

卵巣がんは増加している。



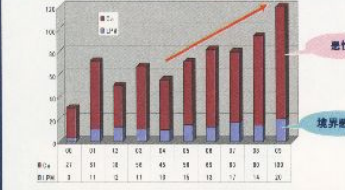
105

106



■ 卵巣がんの罹患数：毎年約8000人と推定
増加の一途をたどっている

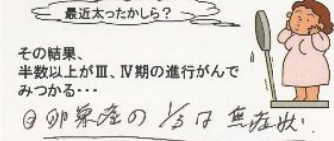
当院での2000~09年の上皮性卵巣がん症例数



107

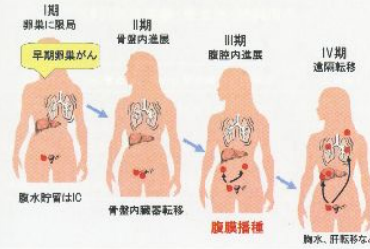
適切な検診法がない。

症状：初期の頃はほとんど無症状。
腫瘍が大きくなったり、腹水がたまってくると
腹部膨満感(= 苦しい)が出現する。



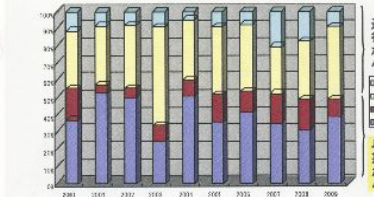
108

卵巣がん進行期 (1988 FIGO分類)



109

早期卵巣がん(Ⅰ期)の割合は約35%
年度別進行期別卵巣がん治療件数



110

初診(診断)時の主訴(2009年症例*)

症状なし	38例	検診(人間ドック等)	23例
		良性疾患の経過観察	9例
		他科の画像診断で異常	6例
症状あり	75例	腹痛、急性腹痛	23例
		腹部膨満感、腫瘤感	23例
		不正出血	15例**
		遠隔リンパ節腫大	3例
		月経異常	3例
		息切れ、呼吸困難感	2例
		便秘、頻尿	2例
		食欲低下	2例
		下肢浮腫	2例

*不明の7例を除く、**うち6例に子宮体がん合併

111

Toward understanding the natural history of ovarian carcinoma development: a clinicopathological approach
Akiko Horuchi, M.D. Ikuo Konishi, M.D.
(Gynecologic Oncology, 88, 2003: 309-317)

開腹手術を行い組織学的に証明された卵巣癌 543例, LPM 252例のうち
手術から1年以内に経腹腔浸透を進行していた症例が49例ある。
卵巣がん: 35例のうち、

19例(54%)は良性腫瘍や内臓症性変態の経過観察中に、腫瘍サイズの増大やsolid partの出現がみられた。
(adenoma-carcinoma sequence)

16例(46%)は経過中のechoでは異常所見なし。
(de novo carcinogenesis)
serous: 9例(うち3例はⅡ期)
mucinous: 4例, endometrioid: 3例(すべてⅠ期)

検診の限界!!

112

卵巣癌の再発について

良性腫瘍から続発する卵巣がんと突如として発生する卵巣がん

卵巣がんのなかには、良性の腫瘍からがんになっていくタイプのものが半分以上ある一方、突如としてがんが発生し、また卵巣のほとんどは小さいのに、骨盤や腹腔内に急速に広がるものが少なからずあります。後者のタイプの卵巣がんを保護で早期診断することは現状では困難と考えられます。経膈超音波診断、血中腫瘍マーカーの測定を一次検診として組み込めば、多少とも正診率は改善しますが、費用の増加に見合う成果が少なすぎるのです。(卵巣がんになる確率は自動車事故に遭う確率よりも少ない) (以上、日本婦人科腫瘍学会HPより転写)

無症状の一般女性を対象とした公的な卵巣がん検診制度の構築は難しい。

113

婦人科医の役割

- 良性腫瘍から続発する卵巣がんは早期発見のチャンスがある。 *卵巣の増大、実部の拡張等に注意!*
内臓性悪性卵巣-卵細胞癌、卵内腫瘍がん、粘液性囊腫腫瘍(LPM)-粘液性腺がん
- de novo typeの早期発見は現状では困難。
家族歴を背景とする頻液性腺がん
・第一度近親者に卵巣がんあり→3.1倍
・第二度近親者に卵巣がんあり→2.9倍
・近親者に2人あるいは3人の卵巣がんあり→4.6倍
卵巣がんや子宮がんの実験室に注意!

114

遺伝性乳がん・卵巣がん症候群(HBOC)

■ 癌抑制遺伝子(BRCA1, BRCA2)の変異

- (1)若い年齢で乳がんを発症する
- (2)両方の乳房に転移ではなく、独立して乳がんが発症する
- (3)2世代以上にわたって乳がんの発症者がいる
- (4)卵巣がんの発症者がいる
- (5)乳がんと卵巣がんの両方を発症する
- (6)男性の血縁者に乳がん発症者がいる

ちなみに...

2000~09年に当院で治療開始した卵巣がん、卵巣がん795例のうち同時発症的に乳がんを合併した症例: 59症例(同時期全卵巣がんの7.4%)

115

取れるだけ取って、残りを化学療法でたたく

(治療原則は手術と化学療法)

ほぼ完全に切除できて...

抗がん剤がよければ...

予後がよい

① 卵巣癌の再発率は、胚乳と同じ(子宮癌、生存率は胚乳より)10%位

116

卵巣がんは組織型により抗がん剤の効果が違う

漿液性腺がん 効きやすい

類内臓腺がん 抗がん剤

粘液性腺がん 効きにくい

卵細胞癌

117

進行期別5年生存率(00~07)

I期: 80.4%

II期: 72.6%

III期: 45.2%

IV期: 13.5%

118

当院の進行卵巣癌治療に対する考え方

- ・基本的に腹腔内播種を有する進行卵巣癌には化学療法先行治療を行う。
(-2004: IEP療法, 2005-: TC療法)
- ・IDSでは、他臓器合併切除や後腹膜リンパ節郭清(PLN, PAN)を含めたdebulkingを行う。
- ・IDSでの肉眼的完全切除を目指すためにNACは徹底的に行う。(6コース)
- ・術中の所見によって、術後化学療法の内容を変更する。
(-2004: IEP or TC療法, 2005-: TC or DP療法)

119

進行卵巣癌において、化学療法先行治療が現在の標準治療である手術先行治療に劣らず有効な治療であるかどうかについての検証が必要

- ・IDSでの後腹膜リンパ節郭清の治療的意義について(2000~2007年症例の解析)
- ・IDSでの肉眼的根治を達成することが予後の改善につながるかどうか? ⇒ 再発症例の検討(2005年以降の症例の解析)

120

III期, IV期症例の分類

III期 159例

IV期 39例

pT1, 2N1 and pT3a 42例 (26.4%) → A群

pT3b, pT3c 117例 → B群

121

卵巣癌III・IV期の生存率

A群: 66.2%

B群: 33.0% (III期のみ: 35.1%)

122

B群における治療戦略の内訳

B群 156例

PDS 20例 (12.8%) → PDS群 (85%でLN郭清) N1: 14例 (82%)

IDS 102例 (65.3%) → NAC群 (81%でLN郭清) N1: 48例 (59%)

NAC 136例 (87.2%) → Failure 34例 (21.6%) → Probe群

123

B群における治療別別治療成績 (5年生存率)

PDS群: 20例 49.7%

NAC群: 102例 37.2%

Probe群: 34例 7.5%

124

B群の治療成績(術式別)

(5年生存率)

LN郭清済 根治術: 100例 41.0%

LN非郭清済 基本手術: 22例 32.2%

Probe群 付切以下: 34例 7.8%

125

B群の治療成績(LN転移別)

(5年生存率)

NO: 37例 68.5% (p=0.004)

NX(基本手術): 21例 35.4%

N1: 66例 28.1% (p=0.594)

NX(Probe): 32例 0%

126

小括1

- 1) B群において、LN郭清済とLN非郭清済との間に生存率の差はない。(41.0% vs. 32.2%)
- 2) NACが奏効せずProbeに終わった群の予後は著しく不良である。(2生率: 25.6%, 5生率: 0%)
- 3) LN転移陽性群の予後は、陰性群と比較すると極めて不良である。(28.1% vs. 68.5%)

さらに、この群の生存率は、PDS, IDSを問わず基本手術に終わった群の生存率と差がない。(28.1% vs. 35.4%)

127

考察

- 1) PDS, IDSでの郭清の結果、リンパ節転移陰性であった症例は、次のどちらかである。
①もともと播種はひどいがリンパ節転移はなかった
②化学療法が奏効しリンパ節転移が消失した
すなわち、郭清をすることによって、T3b/c, M1症例のうち予後のよいものを選別することができる。
→ 郭清は予後の推定としての意義はある。
- 2) 郭清によってリンパ節転移陽性とわかった群は、基本手術までしか行わなかった群と予後が変わらない。
→ T3b/c, M1症例において後腹膜リンパ節郭清は治療的意義がない。

128

② 卵巣癌のリハビリ治療の有効性低い

進行卵巣癌において、化学療法先行治療が現在の標準治療である手術先行治療に劣らず有効な治療であるかどうかについての検証が必要

- IDSでの後腹膜リンパ節郭清の治療的意義について (2000~2007年症例の解析)
- IDSで肉眼的根治を達成することが予後の改善につながるかどうか？
⇒ 再発症例の検討 (2005年以降の症例の解析)

129

対象と方法

2005年1月から2006年9月までに当院で経験した治療可能なIII期以上の新規卵巣・卵管・腹膜癌のうち、化学療法先行治療を行いIDSに至った症例: 38症例

130

このうち、IDSで肉眼的根治となった31例について、再発の有無、時期、部位、各臨床病理学的因子等を調べた。

症例の内訳

年齢 45~78才 (中央値: 69才)
臨床進行期 III期 25例、IV期 6例
組織型 serous 27例 (87.0%)
(卵巣: 21例、卵管: 4例、腹膜: 4例)
non-serous 4例
(mucinous: 1, endometrioid: 1, mix: 2)
診断法 試験開腹: あり 14例、なし 17例
治療前CA125値 (IU/ml) 212~11702 (中央値: 1776)
NACの内容 Taxane+Platinum: 4~7コース (中央値: 6コース)
治療開始~IDSまでの期間 145~256日 (中央値: 189日)

術後化学療法 27例で施行 (高齢、拒否、合併症で4例は未施行)
治療再開時期 POD12~98 (中央値: 48)
術後化学療法 regimen 継続: 18例, 変更: 9例

131

IDSの術式

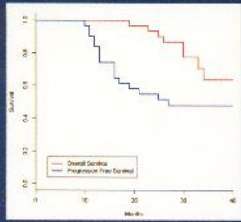
基本手術のみ 4例
基本手術+後腹膜LN郭清 12例
基本手術+他臓器切除 5例
基本手術+後腹膜LN郭清+他臓器切除 10例

132

手術時間: 4:54~10:11 (平均: 6:59)
出血量: 550~3040ml (平均: 1530ml)
自己血以外の輸血: 21/31例 (63.6%)

LN転移: 9/23 (39.1%), Pathological CR: なし

現在までの成績



Follow up 期間
中央値: 33Mo

現在までの転帰
再発: 16 / 31例
(うち8例原病死)

2yOS: 93.5%
(95%CI: 85.3-100)
中央値: 30Mo

2yPFS: 54.8%
(95%CI: 39.8-75.5)
中央値: 25Mo

133

考察

NACの回数を多くしてもPathological CR症例はない。また、IDSで肉眼的完全切除をなっても、約半数の症例は早期に再発しており、予後の改善にはむしろ有効な術後化学療法を早期に再開し完遂することがoptimal debulkingに加えて重要であると考えられる。

134

頻回のNAC

→ 薬剤耐性誘導や骨髄疲弊を招く可能性

侵襲の大きいIDS

→ 術後合併症による術後化学療法の開始の遅れ等招く可能性

今後の当院における進行卵巣癌治療の方向性
・基本的に腹腔内播種を有する進行卵巣癌には化学療法先行治療を行う。

→ PDS可能な症例は手術先行治療を検討する。
化学療法先行治療はより有効な戦略を考える。

・IDSでは後腹膜リンパ節郭清を含めたdebulkingを目指す。
→ IDSでの後腹膜リンパ節郭清の治療的意義は否定的である。むしろ、早期の術後化学療法再開を考慮し、IDSでは過度の侵襲を避ける。

・IDSでの肉眼的根治を目指すためにNACは徹底的に行う。
→ 術後化学療法を効果的に行うためにも、NACはむしろ短期集中にする。

135

ご清聴ありがとうございました。



136

癌研婦人科 レジデント募集中!!
ken.takizawa@jfc.or.jp まで