

子宮頸癌の取り扱い

平松 祐司

岡山大学大学院医歯薬総合研究科 産科・婦人科学

Management of uterine cervical cancer

Yuji Hiramatsu

Department of Obstetrics and Gynecology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

子宮頸癌は婦人科癌のなかで最も頻度の高いものであり、人口10万人あたり7.2人発生する。HPV感染との関係が注目され、性交年齢との若年化とともに若年子宮頸癌が増加している。その一方、がん検診が必ずしも広く普及しておらず未だ非常に進行した症例も多いのが現状である。

初発症状としては不正性器出血が多く、細胞診、コルポスコプ、狙い組織診により診断される。治療法は進行期、組織型、年齢、挙児希望の有無、合併症、肥満度などを考慮して決定される。今回はその取り扱いにつき日本婦人科腫瘍学会の子宮頸癌治療ガイドライン¹⁾に基づき解説する。

0～Ia期の治療(図1)

円錐切除から広汎子宮全摘術まで施行される。0期に対しては、挙児希望のない人では単純子宮全摘術が実施されるが、挙児希望のある人では妊娠能保存のために円錐切除が選択される。円錐切除後では切除断端陽性例で9～16%、陰性例でも2～4%の再発が見られるために厳重フォローアップが必要である。

Ia期は病変の拡がりの程度によ

り、Ia1期とIa2期に分けられる。Ia1期に対する治療としては、①脈管侵襲や癒合浸潤を認めない場合は単純子宮全摘術、②脈管侵襲や癒合浸潤がある場合には単純子宮全摘術は准広汎子宮全摘術+骨盤リンパ節郭清を考慮、③妊娠能温存を強く希望し、脈管侵襲や癒合浸潤を認めず、切除断端が陰性でかつ頸管内搔爬組織診が陰性であれば円錐切除といった治療が選択される。一方、Ia2期に対しては、骨盤リンパ節郭清を含む準広汎子宮全摘術が行われ、場合により広汎子宮頸部摘出術なども考慮される。

Ib～II期の治療(図2)

Ib～II期の治療としては広汎子宮全摘術が推奨される。手術療法以外には根治放射線療法が選択肢としてあげられる。欧米では両者が並列した治療オプションとされ、IIb期に対しては手術療法という選択肢は提示されていない。しかし、わが国においては広汎子宮全摘術の岡林術式が広く普及し、その後改良が加えられIIb期の62%に実施されている。

手術療法時にも、腫瘍径の大きいもの、頸部間質浸潤の深いもの、骨盤リンパ節転移、子宮傍結合織浸潤、脈管侵襲などが陽性のものは再発の危険性が高いため、術後補助療法が施行される。リンパ節転移陽性例には同時化学放射線療法(concurrent

chemoradiotherapy, CCRT)が推奨されている。放射線療法は高齢者、合併症を有する人、IIb期、腫瘍系が4cmを超えるIb2期やIIa期などで考慮される。

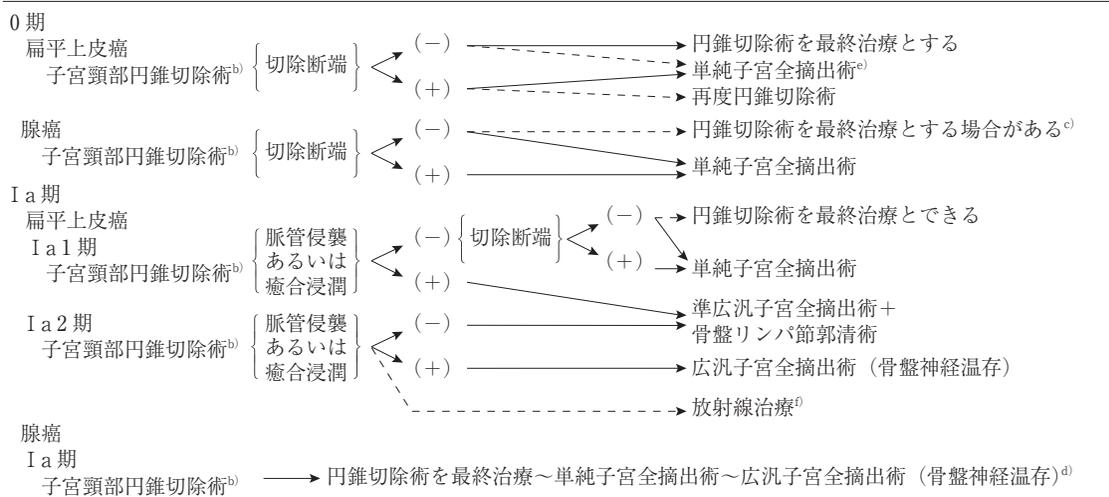
近年、患者のQOLに対しても配慮がなされ、子宮傍結合織浸潤のないIIa期までの患者、IIb期でも子宮傍結合織浸潤側の神経を温存し術後の膀胱機能維持に配慮がなされている。また、若年頸癌患者では卵巣機能温存も問題になる。卵巣転移率は扁平上皮癌では0～0.5%、腺癌では2～14%であるため、扁平上皮癌の場合に限り卵巣温存も考慮されている。

III～IV期の治療(図2)

III、IV期の治療としては、放射線療法が選択される。それも放射線単独療法ではなく、CCRTが推奨されている。CCRTの有用性に関しては多くの大規模ランダム化比較試験(RCT)とメタアナリシスがある²⁻⁶⁾。この場合、シスプラチンを含むレジメンが推奨されている。

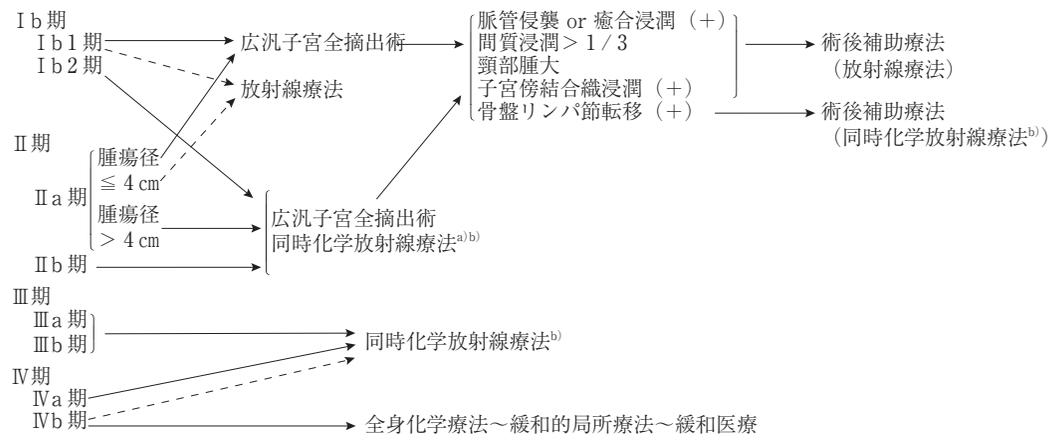
遠隔転移を含むIVb期患者に対しては、標準治療のコンセンサスはなく個別に対応されている。全身状態良好で臓器機能が保たれている場合には、全身化学療法、孤立性の遠隔転移である場合は手術、放射線療法、合併症が多く全身状態が悪い場合は緩和療法などが選択肢となる。

平成20年2月受理
〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1
電話：086-235-7317
FAX：086-225-9570
E-mail：kiki1063@cc.okayama-u.ac.jp



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、推定病変に見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。

図1 0からIa期の治療^{a)}



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。

図2 Ib～IVの治療（扁平上皮癌と腺癌を含む）

文 献

- 1) 日本婦人科腫瘍学会：子宮頸癌治療ガイドライン, 金原出版 (2007) pp. 1-126.
- 2) Morris M, Eifel PJ, Lu J, Grigsby PW, Levenback C, Stevens RE, Rotman M, Gershenson DM, Mutch DG : Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* (1999) 340, 1137-1143.
- 3) Eifel PJ, Winter K, Morris M, Levenback C, Grigsby PW, Cooper J, Rotman M, Gershenson D, Mutch DG : Pelvic irradiation with concurrent chemotherapy versus pelvic and para-aortic irradiation for high-risk cervical cancer : an update of radiation therapy oncology group trial (RTOG) 90-01. *J Clin Oncol* (2004) 22, 872-880.
- 4) Green JA, Kirwan JM, Tierney JF, Symonds P, Fresco L, Collingwood M, Williams CJ : Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix : a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (2001) 58, 781-786.
- 5) LinksLukka H, Hirte H, Fyles A, Thomas G, Elit L, Johnston M, Fung MF, Browman G : Concurrent cisplatin-based chemotherapy plus radiotherapy for cervical cancer--a meta-analysis. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* (2002) 14, 203-212.