

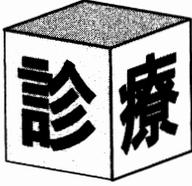
# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

産婦人科の実際 (2000.09) 49巻9号:1291～1296.

当院における子宮体癌I期の再発症例の検討

中田俊之, 山下幸紀, 青野亜美, 高橋知昭, 佐々木隆之,  
涌井之雄, 武田直毅, 兼元敏隆, 山城勝重



## 当院における子宮体癌 I 期の再発症例の検討

中田 俊之\* 山下 幸紀\* 青野 亜美\*  
 高橋 知昭\* 佐々木 隆之\* 涌井 之雄\*  
 武田 直毅\* 兼元 敏隆\* 山城 勝重\*\*

当科で経験した子宮体癌 I 期の 192 症例を対象とし、その再発例について、治療内容、再発時期、部位、およびそれらの転帰を調査した。再発は 12 例 (6.3%) に認められ、Ia 期から 2 例、Ib 期から 3 例、Ic 期から 7 例であった。Ia 期の 2 例は漿液性腺癌であった。その他 Ic 期に癌肉腫が 1 例あった他は、すべて類内膜腺癌であった。再発部位は腔断端部 1 例、腹腔内 7 例、傍大動脈リンパ節 2 例で、肺が 4 例であった (重複をふくむ)。再発までの期間は術後 4~55 カ月で、1 年未満が 6 例であった。再発症例の予後は、2 例を除いてすべて再発後 2 年以内に腫瘍死していた。

### はじめに

当院は、術前に子宮体癌と診断された症例について、準広汎子宮全摘術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ郭清術を標準術式としている。

しかし、術前に子宮体癌と診断されなかった症例や合併症が存在し手術侵襲が大きいと思われる症例については標準術式を施行しなかった症例もふくまれている。

治療方法は上記を基本術式とし、症例に応じて放射線療法と化学療法を追加している。

### I. 目的

近年子宮体癌は増加傾向にある。子宮体癌は、その大半が I 期であり、I 期の臨床成績は良好であるといわれている<sup>1)</sup>。今回は過去に経験した子宮体癌 I 期症例につき、その再発、および予後を中心に、retrospective に検討を加えた。

### II. 対象

当科で経験した 1980~1996 年の 16 年間の子宮体癌 303 症例のうち、初回治療でしかも単純子宮全摘以上の手術が行われ、子宮体癌術後進行期分類で I 期の 192 症例を対象とした。組織型、分化度、臨床進行期分類は子宮体癌取り扱い規約 (改訂第 2 版)<sup>2)</sup> に従って再分類した。これらの症例の予後を追跡調査し、その生存曲線を Kaplan-Meier 法により求めた。Kaplan-Meier の統計学的有意差は、Logrank 検定により行った。

\*Toshiyuki NAKATA, Kohki YAMASHITA, Ami AONO, Tomoaki TAKAHASHI, Takayuki SASAKI, Yukio WAKUI, Naoki TAKEDA, Toshitaka KANEMOTO  
 国立札幌病院産婦人科

\*\*Katsusige YAMASHIRO

(同) 臨床研究部

〒003-0804 札幌市白石区菊水 4 条 2 丁目

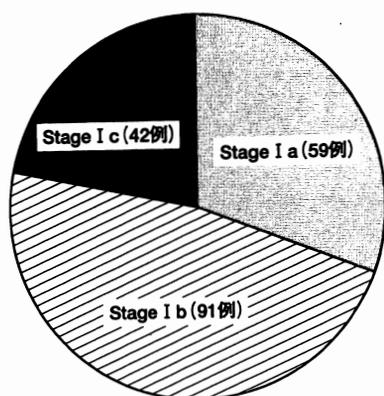


図1 子宮体癌I期における亜分類の割合

### III. 結果

#### 1. 進行期の内訳および治療内容

I期192例における亜分類の割合は図1に示すように、Ia期は59例、Ib期は91例、Ic期は42例であった。治療法は表1に示すように、Ia期59例中、手術のみが58例であり、残り1例には子宮全摘術に放射線療法が追加されていた。

Ib期91例中、手術のみが54例であり、他37例は手術+追加療法であった。Ic期42例中、手術のみが3例、手術+放射線療法が33例、手術+化学療法が3例、手術+放射線療法+化学療法が3例であった。

当科のAdjuvant療法は、1988年までは放射線療法が主で、化学療法が本格的に行われるようになったのは1989年以降であった。化学療法のregimenは主にcisplatin, adriamycin, cyclophosphamideを用いたCAP療法が施行された。放射線療法は全骨盤外照射が行われた。

なお、内服の抗癌剤は今回の検討にはふくめなかった。

#### 2. 組織型の割合

192症例のうち、類内膜腺癌は181例(94.3%)、腺扁平上皮癌は5例(2.6%)、明細胞癌は2例(1.0%)、漿液性腺癌は2例(1.0%)、癌肉腫は2例(1.0%)と大部分が類

表1 進行期の内訳および治療内容

治療法 stage	手術のみ			手術+放射線療法			手術+化学療法			手術 +放射線療法 +化学療法	(症例数)
	SRH +	ATH +	PLN	SRH +	ATH +	PLN	SRH +	ATH +	PLN		
Ia (59)	46	3	3	6	1	1	—	—	—	—	2
Ib (91)	40	3	1	10	22	1	3	3	1	4*	(2例とも SRH+PLN)
Ic (42)	3	—	—	—	26*	—	4	3	—	1*	3 (ATH:2例) (ATH+PLN:1例)

\*:このうち、1例の傍大動脈リンパ節郭清術施行例をふくむ

ATH:単純子宮全摘術, SRH:準広汎子宮全摘術, RH:広汎子宮全摘術, PLN:骨盤内リンパ節郭清術

内臓腺癌であった。類内臓腺癌の組織学的分化度 (Grade:G) をみると、表2に示すごとく、Ia期はG1が45例、G2が6例、G3が3例、Ib期はG1が60例、G2が13例、G3が14例、Ic期はG1が21例、G2が8例、G3が11例と、Ia期、Ib期、Ic期と組織学的深達度が進むにつれて分化度が低くなる傾向がみられた。

3. 生存率

I期症例のKaplan-Meier生存曲線では、図2に示すように、Ia期とIc期およびIb期とIc期の間におおの有意差 (p<0.05)がみられたが、Ia期とIb期の間には差がみられなかった。5年生存率はIa期91.4%、Ib期92.9%、

表2 組織学的分化度と進行期亜分類の症例数 (類内臓腺癌)

	G1	G2	G3	計
Ia	45 (83.3%)	6 (11.1%)	3 (5.6%)	54
Ib	60 (69.0%)	13 (14.9%)	14 (16.1%)	87
Ic	21 (52.5%)	8 (20.0%)	11 (27.5%)	40
計	126	27	28	181

(カッコ内は亜分類症例数に対する割合)

Ic期79.8%であった。

I期症例の組織分化度についての生存曲線ではG1, G2, G3でおおの有意差はみられなかった。

4. 再発症例について

I期での再発は、192例中12例 (6.3%)に認められた。その詳細を表3に示す。

内訳として、Ia 2例、Ib 3例、Ic 7例であった。Ia期から再発の2例は、初回治療は標準術式を施行。ともに組織型はserous adenocarcinomaであった。再発は術後約4年で、再発部位は症例1は、骨盤腔内および傍大動脈リンパ節、症例2は骨盤腔内であった。ともに、化学療法を施行したが、再発後短期間の間に腫瘍死している。Ib期から再発の3例をみると、症例3は筋層浸潤1/3以下でG1であったため、追加療法せず、外来followしていたが、術後27カ月で肺に再発。肺切除施行するも、その後脳へも再発し、再発後12カ月で腫瘍死している。本症例は血行性転移と考えられる。症例4は、術後化学療法 (CAP) 施行。術後7カ月で、検診にて腹部腫瘍がみつきり、手術、放射線療法を行ったが、その後腹斜筋に再発し、再発腫瘍摘出、化学療法施行を行ったが、進行性の経過をとり、再発18カ月後に腫

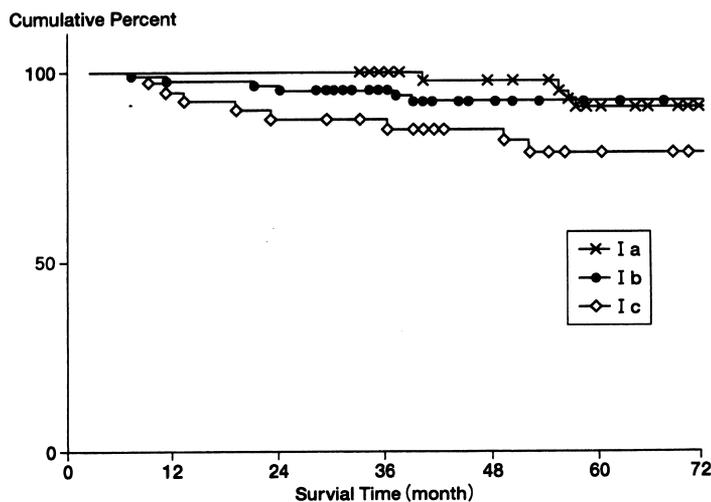


図2 I期症例の亜分類別累積生存曲線 (Kaplan-Meier法)

表 3 再発症例の治療内容, 経過

No. stage	組織型	初回治療	年齢	再発時の症状	陽性マーカー	再発部位	再発時期*	再発後の生存期間
1 Ia	serous	手術 (SRH + BSO + PLN)	67	なし (検診にて)	CA 125	腔断端上, 傍大動脈リンパ節, 縦隔	55 ヵ月	1.5 ヵ月
2 Ia	serous	手術 (SRH + BSO + PLN)	62	下腹部不快感	CA 125	腔腔内 (小腸, 大網)	51 ヵ月	6 ヵ月
3 Ib	endometrioid (G 1)	手術 (SRH + BSO + PLN)	56	咳嗽	CEA	肺および縦隔	27 ヵ月	12 ヵ月
4 Ib	endometrioid (G 1)	手術 (SRH + BSO + PLN) + 化学療法	52	なし (検診にて)	CA 125	回盲部腫瘍	7 ヵ月	18 ヵ月
5 Ib	endometrioid (G 3)	手術 (ATH) + 化学療法 + 手術 (BSO + PLN)	27	咳嗽	CA 125	肺および縦隔	4 ヵ月	7 ヵ月
6 Ic	endometrioid (G 1)	手術 (SRH + BSO + PLN)	58	不正性器出血	なし	腔? (細胞診のみ陽性)	6 ヵ月	生存
7 Ic	endometrioid (G 2)	手術 (ATH + BSO) + 化学療法	58	なし (検診にて)	なし	腹腔内 (骨盤壁)	38 ヵ月	生存
8 Ic	endometrioid (G 3)	手術 (ATH + BSO) + 放射線療法 + 化学療法	58	なし (検診にて)	CA 125	肺および縦隔	20 ヵ月	3 ヵ月
9 Ic	endometrioid (G 3)	手術 (SRH + BSO + PLN) + 放射線療法	58	なし (検診にて)	CA 19-9	傍大動脈リンパ節	9 ヵ月	4 ヵ月
10 Ic	endometrioid (G 3)	手術 (SRH + BSO + PLN) + 放射線療法	71	肛門痛	なし	直腸, 腔断端	43 ヵ月	6 ヵ月
11 Ic	endometrioid (G 3)	手術 (ATH) + 放射線療法	46	腹痛	CA 125	下行結腸	8 ヵ月	1.5 ヵ月
12 Ic	carcinosarcoma	手術 (SRH + BSO + PLN) + 放射線療法	60	下腹部腫瘍感	なし	腹腔内	10 ヵ月	1.5 ヵ月

\* 手術日より

SRH: 準広汎子宮全摘出術, BSO: 両側付属器摘出術, PLN: 骨盤内リンパ節郭清術, ATH: 腹式子宮子宮全摘出術

瘍死をしている。本症例は腹腔内再発であるが、手術時の腹水検査はなされていなかった。

症例5は、27歳、手術（腹式子宮全摘）後、摘出物病理結果endometrioid adenocarcinoma, G3にて術後化学療法（CAP）施行後、再び手術（両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清）施行し、摘出物の病理結果は異常なく、退院となった。初回術後4カ月に肺に再発、化学療法（CBDCA+VP16）を行ったが進行性の経過をたどり、再発後7カ月に腫瘍死している。

本症例は術前、内膜組織診にて明らかな癌細胞が認められず、ATHとなっており、摘出物は、筋層浸潤1/2以下なるも、腫瘍は両卵管角に存在していた。しかし、初回手術時の腹水細胞診の結果には異常なかった。

Ic期は症例12のcarcinosarcomaを除いて、6例がendometrioidであった。

症例6は、手術のみで退院、術後53カ月で腔断端細胞診のみが陽性（class V）で、組織学的には確定診断はいえなかったが、腔断端の再発と考へて、化学療法CAP2コース施行、その後断端の細胞診は陰性となり、現在もtumor freeの状態である。

症例7は他医にて子宮筋腫の診断にてATH施行、術後子宮体癌の診断にて当科紹介となり化学療法施行して退院した。術後38カ月で骨盤壁に再発し、放射線療法を施行し、さらに、15カ月後傍大動脈リンパ節に転移を認めたため、同部に放射線療法を施行、現在外来follow中であるが、再発傾向を認めない。

症例8は、術前卵巣腫瘍の診断にて手術（ATH+BSO）施行。術後放射線療法、および、化学療法（CAP）を施行した。しかし、術後20カ月で肺に再発し、化学療法（CAP）施行するも改善傾向なく再発より3カ月後に腫瘍死している。

症例9は術後、放射線療法を施行。術後9カ月に、傍大動脈リンパ節に再発。再発後は本人の希望により追加治療せず、再発より4カ月に腫瘍死している。

症例10は、術後、放射線療法を施行したが、43カ月に直腸に再発し、腫瘍死している。

症例11は、術前子宮留膿腫の診断にて手術（ATH）施行。術後は放射線療法を施行したが、8カ月に結腸に再発を認め、腫瘍摘除を行ったが再発後1.5カ月に腫瘍死している。

#### IV. 考 察

I期の再発症例をみると、再発部位としては、腔断端が1例、腹腔内が7例、傍大動脈リンパ節は2例、肺が4例となっていた（ただし、重複例をふくむ）。生存例である、症例6は腔断端の再発ということであるが、改めて検討してみると、再発の確認は腔断端の細胞診によりなされており（class V）、生検にては、はっきりした癌組織が認められていなかった。この例を除くと、I期での再発では、原発巣での再発は認められず、腹腔内、および遠隔転移である肺などでの再発が多かった。当院においては初回治療は、準広汎子宮全摘術を標準術式としているが、原発巣再発がないことから考えると、当院における子宮体癌の標準術式は妥当であると思われた。

再発時の治療については、手術（腫瘍摘出）、放射線療法、化学療法など行ったにもかかわらず、症例6、7を除いてすべて再発後2年以内に腫瘍死している。つまり、再発がみつかった時点では、再発部位は局所に限られたものではなく、すでに全身的に再発しているものと考えられた。

再発時の症状についてみると、I期における子宮体癌の再発時の自覚症状は、少ないのではないかと思われがちだが、全く症状がなく、定期検診で発見されたのは症例1、4、7、8、9のみで、他は、腹腔内では下腹部不快感、腫瘍感などの腹部症状、肺では咳嗽などの自覚症状が出現し、内科などからの紹介により発見された症例であった。

再発の確認方法については、診察が基本であるが、やはり、CT、MRIなどの画像診断はと

くにリンパ節転移の有無の確認には効果的であった。また、CA 125 を中心とした腫瘍マーカーは、12 例中 8 例が陽性で、非常に参考になることがわかった。とくに腫瘤が発見されるに先立ってマーカーが上昇する例も認められることより、マーカーの定期的検索は重要であると思われる。組織型についてみると、Ia 期の 2 症例は漿液性腺癌であった。漿液性腺癌では、I 期で筋層浸潤が浅くても予後不良であることを、Gallion らも報告<sup>3)</sup>しており、初回治療時の組織検査が臨床的にも重要な意味をもつと思われる。

以上、I 期子宮体癌の再発例について検討し

た。

## 文 献

- 1) 安達 進, 小笠原利忠, 山崎則行, 他: 子宮体癌再発例の検討. 産婦人科の進歩, 50(3): 310~312, 1998.
- 2) 日本産婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会: 子宮体癌取扱い規約. 改訂第 2 版, 金原出版, 1996.
- 3) Gallion HH, van Nagell JR Jr, Powell DF, et al: Stage I serous papillary carcinoma of the endometrium. Cancer, 63(11): 2224~2228, 1989.

\* \* \* \*