

## 市立豊中病院ニュース

発がん性のHPV感染は、性交渉のある女性であればありふれたものであり、誰でも感染する可能性はあります。感染してもほとんどの場合は一過性のもので、ウイルスは排除されますが、ウイルスが排除されず長期感染が続くと、ごく一部のケースで前がん病変から浸潤がんへ進行していきます。しかし、どのような人ががんを発生するのかは不明であるため、発がん性HPVに感染した人は、誰でも子宮頸がん発症のリスクがあると考えられています。

子宮頸がんを診断するためには、細胞診・コルポスコピー診(望遠鏡)・組織診の3つの検査をおこないます。

細胞診検査では、子宮頸部および頸管内をスクレーパーなどを用

いて擦過し、細胞を採取して異型細胞の有無を観察します。評価は5段階(クラスI・II・III/a/b・IV・V)で評価し、クラスIIa以上の場合は、コルポスコピーという器具を用いて病変の程度や局在、広がりを確認します。次に病変を確認後、その部位から細胞を採取し、病理組織診断をおこないます。また、病変の広がりを調べるため、MRI、CT、PET-CTなどの画像検査をおこないます。

病理組織診断の結果、上皮内に限局するがんが軽度・中等度の異形成の場合は、自然治癒する可能性があるため経過観察をおこなうことが一般的です。しかし、高度異形成あるいは上皮内がんの場合、自然治癒の可能性が低く、治療が必要となります。

## 子宮頸がんの治療～手術療法と放射線療法～

子宮頸がんのうち、前がん・上皮内がん・微小浸潤がんの場合は、「円錐切除術」(がんが見つかった頸部の組織を円錐状に切除(子宮温存))、「単純子宮全摘術」(がんに侵された子宮を摘出)、「準広汎子宮全摘術」による手術をおこないます。また、浸潤がんの場合、がんの進行期に応じて「広汎子宮全摘術」(子宮と膈の一部も含め骨盤壁近くから広範囲で切除)による手術、または放射線治療をおこないます。病期がI・II期の症例に対しては、手術療法、放射線療法ともに治療効果は同等といわれています。

これらの手術療法のうち、広汎子宮全摘術は、がんが所属リンパ節に転移している可能性があるため、「骨盤リンパ節摘出」という手術も同時におこないます。そのため、術後に骨盤神経叢損傷

による排尿障害や排便障害、リンパ浮腫などの合併症があります。放射線治療では、腔内照射と外部照射を組み合わせおこないます。治療に要する期間は一か月半程度ですが、放射線腸炎による下痢など様々な合併症があります。また、手術を選択した場合でも、再発リスクの高い群に対し術後に外部照射をおこなうこともあります。

手術療法、放射線療法と  
ともに治療効果は  
同等といわれています。



## 子宮体がんの発生と診断、治療

「子宮体がん」は、おもに子宮内腔の内腔から発生してくる腺がんの一種です。

子宮体がんは、40歳～60歳代の人に多く、そのピークは50歳代となっています。近年、子宮がんに占める子宮体がんの頻度は増加傾向にあります。

がんの発生因子として、一般的には卵巣から分泌されるエストロゲンが子宮内腔を週刻り持続的に刺激を与えることにより、前がん病変である子宮内腔腺腫が発症し、その一部からがんが発生すると考えられています。

検査方法としては、まずは内腔細胞診検査をおこないます。陽性あるいは疑陽性の場合、さらに詳しく調べるため、ノンデキューレットという金属棒上の器具を用いて内腔組織診検査をおこないます。病理診断の結果、良性の内腔上皮化生や前がん病変の内腔腺腫、がんである頸内腺腫がん等の診断をおこなわれます。がんであることが診断された場合は、病変の広がりを調べるため、超音波検査やMRI、

CT、PET-CTなどの画像検査をおこないます。

治療法としては、子宮体がんの場合は手術療法が原則となります。腫瘍が子宮の真ん中にあるため、通常は「単純子宮全摘術」・「両側付属器切除術」で十分ですが、リスクに応じて「骨盤リンパ節摘出」や「傍大動脈リンパ節摘出」を追加します。がんが子宮頸部に浸潤している場合は「広汎子宮全摘術」により手術をおこないます。また、術後に再発のリスクが高い例では、追加治療として化学療法や放射線治療をおこないます。



## 子宮頸がんの新しい妊孕性温存手術－広汎子宮頸部全摘術－

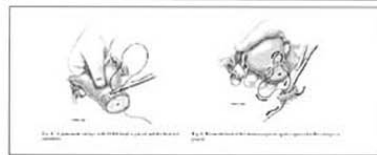
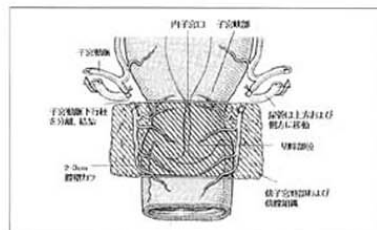


子宮頸がんの約40%は生殖年齢で起こると推定されています。

近年、多くの女性の初産年齢が高くなり、妊娠前に頸がんが発見されることが多くなってきています。そのため、妊孕性温存手術として「広汎子宮頸部全摘術」が重要視されるようになってきました。

「広汎子宮頸部全摘術」とは、がんが見つかった子宮頸部を切除した後、残った子宮体部と膈壁を缝合する手術で、子宮が温存され術後の妊娠・出産が可能となります。

治療成績については、520例の検討では再発率が4.2%となっています。これは、従来の広汎子宮全摘術と同等の治療成績となっており、今後は、子宮頸がん治療の選択肢のひとつとなることが期待されています。また、術後の妊娠例も報告されており、100例を超える生児が得られています。中期の流産が10%と高くなっています。大阪大学医学部附属病院においても2007年1月より同手術をおこなっており、これまで10例近くの手術を施行しています。



早期発見で予防できる

♡だから検診をおすすめします!

## 子宮がん検診



子宮頸がんは検診が非常に有効で、進行がんを防ぎ、死亡を減らす効果が証明されています。多くの先進国では、ほぼ例外なく子宮頸部細胞診による検診がおこなわれています。日本での検診率は依然として低く、積極的に検診を受けていただきたいです。

子宮体がんに対する検診方法としては、体腔細胞診が一般的ですが、細胞診検査によって体ががん死亡を減らせるかどうかは、はっきりしていません。子宮体がんは、月経以外に出血などの症状があれば病院を受診することが重要です。病状が進行していない早期の段階で出血をきたすことが多く、不正性器出血での発見が90%といわれています。閉経後に出血があれば、医療機関を受診すれば早期発見が可能です。

最後に、子宮頸がんの予防ワクチンについて説明しておきます。子宮頸がんは先ほども述べましたが、ヒトパピローウイルスHPV-1に起因する感染症であることから、現在予防ワクチンとして、米メルク社のGardasil®と英GSK社のCervarix®の2種類が商品化さ

れています。両方あわせると、すでに全世界150ヶ国以上で承認されていますが、残念ながら日本では臨床試験の段階で未だ承認されておりません。Cervarix®は2009年に、Gardasil®は2011年に承認されるものと予想されており、子宮頸がんの予防に向け一日も早く承認されることが望まれます。

積極的に検診を  
受けましょう

