

腫瘍分野

対象疾患

進行子宮頸癌

子宮体（内膜）癌

卵巣癌 卵管癌 腹膜癌
（境界悪性腫瘍を含む）

肉腫

絨毛癌

その他の悪性腫瘍
（外陰癌 転移性癌
腔癌など）

治療の目標・考え方

1. 癌の寛解を目指す。

可能な限り速やかな治療開始を行うことにより、最先端治療や実績がある安定した治療選択などを患者さんの状況によって提案し、寛解を目指します。

2. 治療中の心身の苦痛症状を和らげる。

治療は楽なものではありません。多くの心の葛藤が存在し、副作用、合併症と向かい合うことが必要になります。様々な専門スタッフが寄り添うことによりそれらの不安を一緒に乗り越えられるように支援いたします。

3. 社会活動と癌治療。

治療中・治療後の社会とのつながりを大事にします。脱毛、排尿障害 浮腫など 婦人科治療特有の悩みにより社会活動が妨げられることがあれば、一緒に考え解決をしていきます。

4. 再発しても。。。

癌は再発の可能性がある疾患です。再発後の治療は、再度寛解をめざし集学的治療を行うことを目標とします。長期にわたり再発を繰り返した場合、癌と共存しながら社会や家庭との生活維持を保ち、治療への向かい合い方を何度も話し合いながら、方向性をたてていきます。

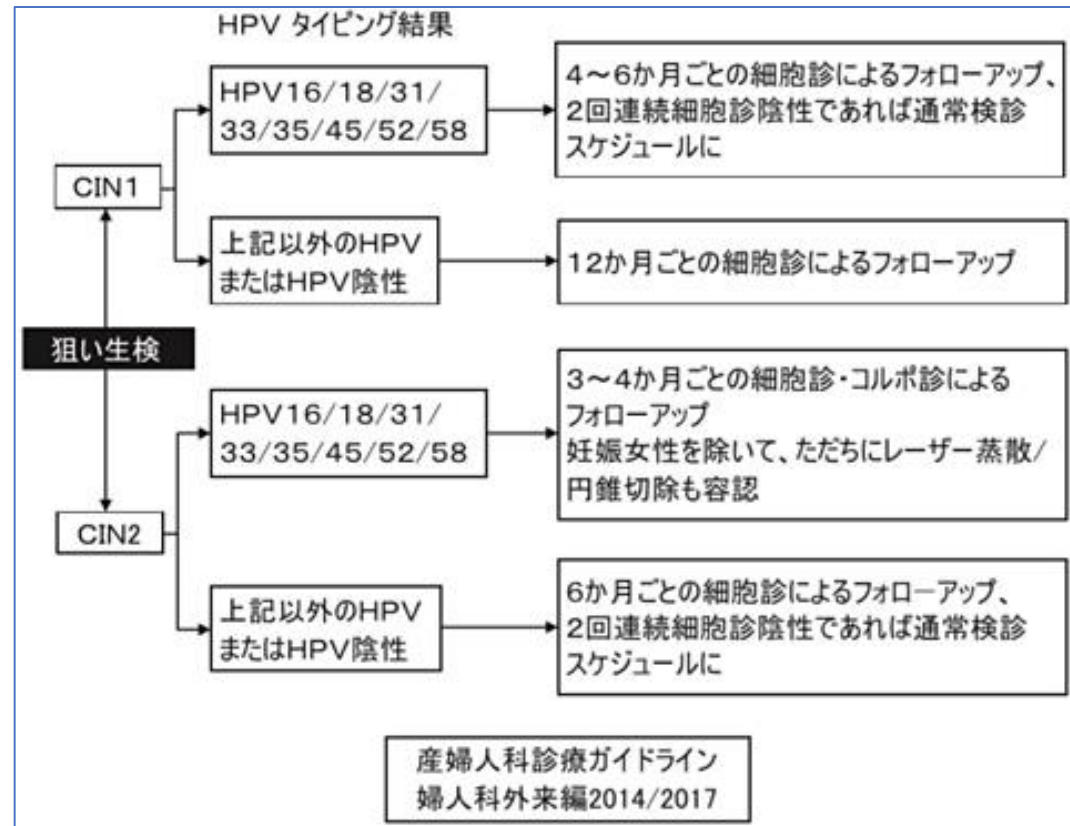
5. 癌とともに生きること。

癌が進行した場合、命に係わることが予想されます。癌治療を継続しながら、自分らしさ、生き方などについて一緒に考え、緩和ケアや地域のソーシャルワーカー、家族とのつながりを大事に、個々に寄り添い、心身を大切にする診療にあたらせていただけたらと考えております。

I 子宮頸部異形成治療方針

子宮頸部上皮内腫瘍（Cervical Intraepithelial Neoplasia : CIN）

子宮頸部異形成は、子宮頸癌の前段階であり、子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）と言われます。。軽度異形成（CIN1）、中等度異形成（CIN2）、高度異形成・上皮内がん（CIN3）へと進行し、微小浸潤扁平上皮がん、浸潤がんにいたります。原因は、ハイリスク型ヒトパピローマウイルス（HPV）の持続感染です。ほとんど自然排出しますが、一部が進行した子宮頸癌となりますので、定期的な検診が必須となります。



高度異形成・上皮内がん（CIN3）と診断された場合、その中に浸潤癌が含まれる可能性が存在するため、それを確認するために、円錐切除術（子宮頸部を円錐状に切除する手術）を行います。結果、切除断端に癌が存在しなければ、円錐切除のみで終了し経過観察となります。

上皮内線癌（AIS）と診断された場合、円錐切除術後に浸潤癌が存在しないことを確認し、子宮全摘出術を施行します。妊娠希望の場合で、切除断端に癌が存在しなければ、子宮温存の可能性もありますが、腺癌の場合、再発の可能性があるので、慎重な判断が必要となります。

Ⅱ 子宮頸癌治療方針

子宮頸癌（微小浸潤癌 I A1期・ I A2期）

手術療法を基本とした治療を施行します。

微小浸潤癌は肉眼的に腫瘍を同定することは困難なため、子宮頸部円錐切除術で診断確定となります。診断確定後は、子宮全摘出術を行います。両側の卵巣と卵管は温存されますので、女性ホルモンバランスの変動は来しません。

子宮温存希望（妊娠希望）のある場合は、円錐切除のみで経過をみることも選択肢の一つとなります。その場合は、術後も、継続して通院していただき、妊娠中も慎重に経過観察を行わせていただくこととなります。

I A2期は子宮全摘出術に加え骨盤内のリンパ節摘出が検討されます。リンパ節転移の頻度は0～10%といわれ、リンパ節摘出の必要性はまだ議論の余地があります。さらに細かく円錐切除結果を検討し、個々により対応していくことになると考えられます。

子宮頸癌 I B期～II期

手術・化学療法・放射線治療を柱とし、エビデンスと個々の患者の状況に従った治療選択を提案します。

手術療法

開腹または腹腔鏡下広汎子宮全摘出術を基本にし、卵巣は、扁平上皮癌 I B 1 期までは温存、腺癌の場合は摘出します。同時に骨盤内リンパ節を摘出します。腫瘍が大きくて侵襲が大きくなると考えられる場合は、術前に子宮動脈からシスプラチンを注入し、腫瘍を縮小～消失させてから、手術をすることができます。これにより、術後合併症の軽減と余裕のある手術を施行することができます。

術後治療 (放射線治療または 化学療法)

術後の手術検体で、リンパ節転移陽性など再発リスクが高いと判断した場合は、術後に化学療法または化学放射線療法を行います。シスプラチンを主とした化学療法や、放射線治療科と連携した同時化学放射線治療を施行します。放射線治療は、強度変調放射線治療 (IMRT) などを使用し、副作用の軽減を行っております。

子宮頸癌Ⅲ期～Ⅳ期

基本的に同時化学放射線療法を行います。化学放射線療法のみで不十分の場合は、手術療法や化学療法を併用し集学的治療を行います。

同時化学放射線療法

子宮頸部腫瘍に対しての局所コントロールは、シスプラチンを主にした化学療法と併用して、放射線治療を施行します。放射線治療科と連携し治療計画を作成します。強度変調放射線治療（IMRT）などを使用し、より有効な照射をすることが可能です。

その他の治療

ⅢA期以上は、腫瘍が進行している状態と考えられます。同時化学放射線療法のみでの寛解が困難な場合、化学療法・転移巣の摘出手術（外科 泌尿器科との合同手術）、ラジオ波焼灼療法、腫瘍への動脈注入化学療法、動脈塞栓術（放射線診断科との合同治療）など、状況に応じた治療を計画させていただきます。

Ⅲ 子宮体癌治療方針

手術と化学療法を中心とした治療を行います。手術は腹腔鏡下手術を基本とします。妊娠希望で子宮温存が必要は場合、妊孕能温存治療として高容量黄体ホルモン療法を施行しております。

子宮体癌（I A期）

手術療法

I A期は、子宮筋層浸潤が1/2以下の比較的早期の子宮体癌と考えられます。組織型が術前診断にて類内膜癌グレード1または2であれば、腹腔鏡下またはロボット支援下に子宮全摘出術と両側付属器（卵巣と卵管）を摘出します。以前、全例に施行されていたリンパ節郭清は省略可能であり、当院でも施行していません。リンパ節郭清省略のメリットとしては、リンパ浮腫の合併症がないことです。リンパ節郭清を施行せず、腹腔鏡下手術を行うことにより、身体への負担軽減や入院日数の短縮が可能になりました。

一方、組織型が類内膜癌グレード3もしくは特殊型（明細胞癌、漿液性癌、癌肉腫など）の場合は、リンパ節転移のリスクが高くなるため、リンパ節摘出術が必要となります。腹腔鏡下にリンパ節郭清術を施行することにより、リンパ節摘出を施行しても、早期の身体機能の回復が可能になりました。

化学療法

手術後の摘出子宮に対する病理組織診断により、再発中リスク～高リスクになった場合には、術後化学療法が検討されます。タキサンプラチナ併用療法を中心とした治療を行います。外来治療室（日帰り治療が可能）で、3週間ごとに、4から6コースの治療を行います。

参考 術後の再発リスク分類

		がんの広がり					
		筋肉の層に 広がって いない	筋肉の層の 1/2未満で 広がっている	血管や リンパ管に 広がっている	筋肉の層の 1/2以上に 広がっている	子宮頸部に 広がっている	子宮の周りに 広がっている
3つのグループ 組織型や悪性度による	類内膜がん 悪性度 低	低リスク					
	類内膜がん 悪性度 高		中リスク				
	漿液性がん 明細胞がん				高リスク		

■ :低リスク ■ :中リスク ■ :高リスク

日本婦人科腫瘍学会編
「子宮体がん治療ガイド
ライン2018年版」（金
原出版）より

妊孕能温存

妊孕性温存治療の適応は、妊娠可能年齢であり、子宮内膜異型増殖症および子宮体部筋層浸潤のないと考えられる進行期 I 期、類内膜癌グレード 1、かつ、強い子宮温存希望がある患者となっております。当院では、複数回による説明と同意のもと、高容量黄体ホルモン療法を施行しております。

子宮内膜そうは手術

高容量黄体ホルモン療法

妊娠計画

治療終了後、妊娠ご希望の場合は、当院の不妊治療専門の医師の診察を受け、積極的に早期の妊娠を目指していきます。腫瘍チームと不妊治療チームと連携することにより、より注意深い診療を行います。

未婚などすぐに妊娠をご希望されない場合は、再発予防を目的に、定期的に少量の黄体ホルモンを内服し、再発予防治療を継続します。

子宮体癌（I B期～II期）

手術療法

手術療法が基本となります。腹腔鏡下子宮全摘出術、両側付属器摘出術、リンパ節郭清術を施行します。腹腔鏡下手術が基本となり、場合によっては開腹手術を選択します。腹腔鏡下手術については、手術手技の工夫が重要と考えており、適格条件として、①摘出子宮がスムーズに回収できること（大きな子宮筋腫合併では困難）②精細な術前検査で転移を除外する。などの条件のもと、適応を決定しております。

開腹手術でも、少量の出血量とするような術式の工夫、術後リハビリなど ERAS（Enhanced Recovery After Surgery=術後の回復を高める・強化する）により腹腔鏡手術に劣らない速やかな回復を目指します。

化学療法

手術で腫瘍を完全摘出できたとしても、再発高リスクとの判断となり、術後に化学療法が必要となります。プラチナを中心とした治療に加え、最近では、最先端治療として、遺伝子検索による個別化治療である分子標的薬や血管新生阻害薬の選択肢も広がりつつあります。

子宮体癌Ⅲ期～Ⅳ期

手術、化学療法、放射線治療 他、様々な治療法を組みあわせて治療に臨みます。

手術療法

Ⅲ期は手術を先行します。
開腹子宮全摘出術、両側付属器摘出術、リンパ節郭清術を基本術式とします。腹腔鏡手術は施行しません。
Ⅳ期で、肺など遠隔転移を来す一方、子宮からの出血が認められる場合は、まず子宮と付属器のみの摘出で症状コントロールを行うことがあります。子宮動脈へ直接抗がん剤を注入したり、動脈塞栓術などで、腫瘍の縮小と出血のコントロールを行うこともあります。

化学療法 その他

化学療法は必須になってくると考えられます。
治療法は様々であり、化学療法、転移巣摘出手術、ラジオ波焼灼療法、腫瘍への動脈注入化学療法、動脈塞栓術など、状況に応じた治療を計画させていただきます。分子標的治療や血管新生阻害薬の個別化治療の適応も検討してきます。

IV 卵巣癌 卵管癌 腹膜癌 治療方針

卵巣癌、卵管癌、腹膜癌は、基本的に同じ治療方針で治療を行っております。

I 期～II 期

手術療法

初回手術で完全腫瘍切除を行います。術前の診断確定は直接生検が困難なため、術中迅速診断（手術中に病理検査を行い良性、境界悪性腫瘍、悪性の判断を行うこと）を施行し、両側付属器（卵巣卵管）、子宮、骨盤内から傍大動脈リンパ節、大網を摘出します。リンパ節を摘出し、病理学的に確認することで、Ⅲ期と判断されます。このようなリンパ節の摘出が、直接予後を改善するかどうかのエビデンスは明らかではありませんが、術前に I 期と思われても、20%程度のリンパ節転移があるといわれ、正確な進行期の決定および術後療法の適応決定のために必要ではあると考えられています。

悪性卵巣腫瘍 妊孕能温存治療

妊孕性温存治療の適応は、妊娠可能年齢であること、境界悪性腫瘍または卵巣癌 I A期、強い子宮温存希望がある方が対象となります。

I A期は、片方の卵巣のみに腫瘍が存在し、腫瘍破裂や腹水に癌細胞がない場合となります。患側（片方）の卵巣と大網を摘出し、リンパ節生検の必要性については、組織型などを検討し決定していきます。

腫瘍がない対側の卵巣と子宮が温存されるため、自然妊娠が可能となります。しかし、癒着などですみやかな妊娠が困難だった場合や、対側の卵巣は転移再発しやすい状況であることを考慮し、早期から 不妊症チームと連携し、体外受精などを検討することもあります。状況によって異なりますので、相談いただけたらと思います。

Ⅲ期～Ⅳ期

腫瘍減量術により、完全腫瘍切除を目指します。婦人科・外科合同手術により、子宮、付属器（卵巣卵管）、腸管、横隔膜、大網などの合併切除を行います。リンパ節は転移が疑われる場合のみ摘出します。

初回手術で完全摘出が可能な場合は、術中迅速診断後、完全切除を行います。転移や播種（お腹のなかに癌細胞が散らばっていること）で、腫瘍の完全摘出ができない場合（つまり残存してしまう場合）は、手術前の化学療法で腫瘍を縮小してから、完全腫瘍摘出手術を行います。

このような、腫瘍の完全摘出術が予後改善に寄与していることより、婦人科腫瘍医と消化器・泌尿器科・病理診断科などが連携し、「卵巣癌外科チームOCST：Ovarian Cancer Surgery Team」として、高度な手術を実践しております。進行していても決してあきらめず、摘出を目指し、開腹での手術を行います。

治療の流れ

目標：完全腫瘍摘出

1度の手術で可能

腫瘍減量術
(完全摘出)



寛解導入化学療法



維持化学療法

2度の手術で可能

審査腹腔鏡手術



術前化学療法



腫瘍減量術
(完全摘出)



寛解導入化学療法



維持化学療法

卵巣癌 卵管癌 腹膜癌の化学療法

手術後寛解を目指す
再発を予防し寛解を維持する

→ 寛解導入化学療法
→ 維持化学療法

I 期～II 期

カルボプラチンとパクリタキセルを中心とした化学療法を6コース施行が基本となります。
(寛解導入化学療法のみで終了→経過観察に)

III 期～IV 期

カルボプラチンとパクリタキセルを中心とした化学療法を6コース施行し、その後、維持化学療法を行います。維持療法の薬剤選択として、コンパニオン診断を行います。*BRCA1*あるいは*BRCA2*の遺伝学的検査、ゲノム不安定性や腫瘍組織*BRCA1* 及び *BRCA2*(*tBRCA*)の状態に基づく相同組換え修復欠損 (HRD) の検査を実施し、個々の状態にあわせて治療選択します。

V 子宮肉腫 治療方針

手術を中心とした治療を行います。手術は開腹手術を基本とし子宮全摘出術を施行します。子宮肉腫の頻度は低く、当院では、2006年～2021年まで39名の患者様の治療を施行しております。

手術療法

子宮肉腫は、開腹手術での完全摘出（子宮全摘出術）が基本となります。肉腫の難しさは、術前診断が困難なことです。術前に子宮筋腫の診断で手術をおこなわれた中の0.1%程度は術後肉腫だったといわれ、その場合への治療も重要になってきます。再発後も、完全摘出を基本としますので、再発腫瘍摘出を施行します。その結果、婦人科、消化器外科、呼吸器外科との合同手術が必要になり、場合によっては、複数回の手術が必要になることがあります。

化学療法

化学療法の奏効率は高くはありません。しかし、手術での摘出が困難な場合、化学療法を施行します。従来の化学療法に加え、新しい臨床試験など、速やかにとりいれ提案できるような体制をとっております。

その他の取り組み

癌ゲノム医療

遺伝子腫瘍疾患
遺伝子パネル他

チーム医療

薬剤師 栄養士 MSW CLS リハビリ
臨床心理士 ケアマネージャー

緩和治療

緩和ケアチーム・専属医 薬剤師 栄養士
MSWによるチーム医療
治療開始早期より
症状緩和に努めています